

**AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA**

**Viale Roma, 7 - NOVARA**

**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

Numero 114 Data 30 MAG. 2018

**PROPOSTA ISTRUTTORIA DEL DIRETTORE GENERALE N° 28**

**OGGETTO :** ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2018 AI DIPARTIMENTI E ALLE  
STRUTTURE AZIENDALI E AGGIORNAMENTO FUNZIONI DI  
SEGRETERIA DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI  
VALUTAZIONE

---

  
**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(nominato con D.G.R. n. 36-1364 del 27 aprile 2015)**

**Nella data sopraindicata, su propria iniziativa istruttoria – previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario - ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.**

**OGGETTO:** *ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2018 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI E AGGIORNAMENTO FUNZIONI DI SEGRETERIA DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**RICHIAMATA** la D.G.R. 23.12.2013, n. 25-6944, che indica le linee di indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione e in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, in applicazione del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i.;

la D.G.R. 26.01.2018, n. 26-6421, di assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2018, ex Art. 3 bis, commi 5 e ss. d. lgs n. 502/1992 e s.m.i..

la Determinazione del Direttore Generale n. 824 del 29 dicembre 2015, ad oggetto costituzione Organismo Indipendente di Valutazione O.I.V. - ASL NO, che individuava quale segretaria di tale organismo la dott.ssa Giulia Delfini;

**CONSIDERATO** che la D.G.R. sopra richiamata - al punto B.3 dell'All. B, "Documenti aziendali di programmazione e verifica della performance" - prevede che ogni azienda predisponga un documento programmatico nel quale siano indicati obiettivi, indicatori e target sui quali misurare, valutare e rendicontare la performance, denominato Piano Annuale della Performance;

che per l'anno 2018 l'ASL NO ha provveduto a definire gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale appartenente alle diverse strutture aziendali ed i relativi indicatori;

che la dott.ssa Giulia Delfini ha concluso la propria attività lavorativa presso l'ASL NO, per dimissione volontaria a far data dal 01/03/2018;

di voler affidare il ruolo di segretaria dell'OIV alla sig.ra Simonetta Vanzina Barbagliani;

**PRESO ATTO** che con deliberazione del Direttore Generale n. 750 del 21.9.15 così come modificata - in ottemperanza a precisazioni regionali - con delibera 772 del 29.10.15, l'ASL "NO" ha approvato il nuovo Atto Aziendale, recepito con D.G.R. 53-2487 del 23.11.2015;

**DATO ATTO** che nel periodo 10-12 aprile 2018 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili per assegnare alle Strutture aziendali gli obiettivi per l'anno 2018;

che il budget assegnato 2018, dettagliato in allegato 1 quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, è da intendersi equivalente al budget



consumato nel 2017, salvo diverse disposizioni della Direzione Generale, al netto di:

- oneri collegati ai conti ex DGR. 113-6305 del 22.12.17, inerente il tetto di spesa delle risorse umane;
- fondi a destinazione vincolata e/o contributi sia regionali (inclusi importi dovuti per indennizzi danni per vaccinazioni, trasfusioni... ex L.210/92 e L.238/99) che di terzi privati;
- costi connessi all'esercizio della libera professione da parte del personale dipendente.

che il budget assegnato 2018 sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale e comunque entro il 30 giugno e il 30 settembre 2018;

che per quanto concerne l'assegnazione del budget alla ssd Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati, il vincolo di budget gestito dalla Struttura sarà stabilito in base alle determinazioni regionali in materia;

che è stato assegnato alla ssd Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare: il budget di euro 66.500,00 per la gestione della spesa inerente il noleggio di sistemi a pressione negativa per il trattamento delle lesioni cutanee, cd. Vac Terapia (3100511), precedentemente a carico dei Distretti

che in sede di discussione degli obiettivi è stato sottolineato ai Direttori/Responsabili delle strutture interessate:

- che i volumi delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramurale delle singole strutture non possono essere superiori ai volumi dell'attività istituzionale erogata, così come previsto dalla normativa in vigore (Legge 3.8.2007, n. 120, e successive modificazioni e integrazioni);

altresì che

- per la definizione dei suddetti obiettivi si è tenuto conto – fra l'altro – di quanto disposto dalla D.G.R. n. 9-11625 del 22.6.2009, avente ad oggetto: *“Recepimento degli Accordi regionali sottoscritti con le OO.SS. firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ai sensi dell'art. 5 dei rispettivi Contratti di lavoro del 17.10.2008”*;
- ai Direttori di Struttura Complessa ed ai Dirigenti di Struttura Semplice Dipartimentale, in occasione della sottoscrizione degli obiettivi 2018, è stata data comunicazione dei criteri per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1 CCNL 03/11/2005;

**PRECISATO**

che le strutture indicate nelle schede allegate al presente provvedimento corrispondono all'articolazione organizzativa definita dal vigente Atto Aziendale, di cui alle deliberazioni n. 772/2015



**PRECISATO**

che l'obiettivo 1.1 OBIETTIVO Attuazione della programmazione – ASL; AO; AOU ex DGR n. 26-6421 del 26 gennaio 2018 è stato declinato alle strutture aziendali interessate nell'ambito del governo della produzione della struttura, e che – tenuto conto di quanto nella citata DGR - la valutazione del raggiungimento di tale obiettivo dovrà essere valutata a livello di Presidio Ospedaliero nel suo complesso e non di singola struttura;

**RITENUTO**

di attribuire gli obiettivi per l'anno 2018 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l'anno 2018 e per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1. CCNL 3.11.2005 del Direttore di Struttura Complessa e Dirigente Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale. Tali obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;

**PRECISATO**

che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2018 da ogni singolo dirigente, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia e delle ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 (32 ore per i Dirigenti Medici, 39 ore per i Dirigenti Veterinari e 36 ore per la Dirigenza SPTA), sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

**RITENUTO**

di collegare al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione della retribuzione di risultato anno 2018 al personale della Dirigenza Medica e Veterinaria ed alla Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, secondo i criteri di cui agli accordi recepiti con il provvedimento n. 2136/2006, n. 800/2010 e n. 803/2010 e s.m.i.;

*Con il concorso dei pareri del Direttori Amministrativo e Sanitario riportati in calce al presente provvedimento.*

**DELIBERA**

per tutto quanto in premessa indicato:

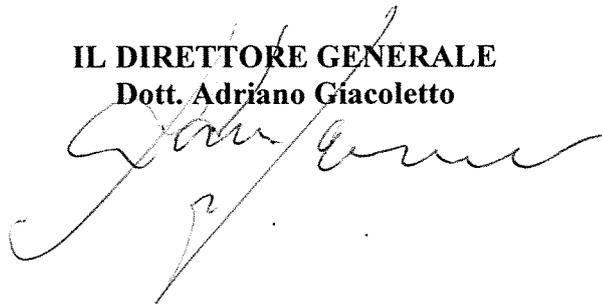
1. **di attribuire** per l'anno 2018 gli obiettivi ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale;
2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;



3. **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 1. - la cui verifica sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - sono rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato e per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1. CCNL 3.11.2005 del Direttore / Responsabile di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale;
4. **di stabilire** che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2018 da ogni singolo dirigente, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia e delle ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 (32 ore per i Dirigenti Medici, 39 ore per i Dirigenti Veterinari e 36 ore per la Dirigenza SPTA), sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
5. **di collegare** al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento la corresponsione al personale della Dirigenza Medica e Veterinaria ed alla Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa della retribuzione di risultato anno 2018, secondo i criteri di cui agli accordi recepiti con il provvedimento n. 2136/2006, n. 800/2010 e n. 803/2010 e s.m.i.;
6. **di nominare** la sig.ra Simonetta Vanzina Barbaglin segretario dell'O.I.V
7. **di dichiarare** che il presente provvedimento è improduttivo di spesa.

**LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Adriano Giacoletto**



SEGUE DELIBERAZIONE N. 114 IN DATA 30 MAG. 2018

---

## **PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

**VISTO** *l'art. 3, d. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, e successive modificazioni ed integrazioni;*

**VALUTATA** *la proposta di atto deliberativo ad istruttoria del Direttore Generale ed iscritta al n° 29 dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;*

### **I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

*ognuno per la rispettiva competenza*

**ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE**

---

*il Direttore Amministrativo:*

*dott.ssa Simonetta Rizzolio*



---

*il Direttore Sanitario:*

*dott.ssa Arabella Fontana*



---

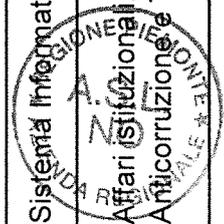
**ALLEGATO**

**AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 114 IN DATA 30 MAG. 2018**

**COMPOSTO DA N. TRECENTOESSANTA FACCIATE**



Allegato 1				
C.O.				
Denominazione	P.O.	BUDGET ASSEGNATO 2018		Note
Assistenza protesica ed Integrativa	75	7.941.735,00		
DMPO	4	2.854.541,00		
Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare	46	66.500,00		
Distretto Area Nord	47	14.978.155,00		
Distretto Area Sud	49	9.049.492,00		
Distretto Urbano Novara	48	13.125.889,00		
Coordinamento Cure primarie	74	35.919.436,00		
DSM	79	3.602.273,00		
Farmacia Ospedaliera	34	16.127.192,00		
Farmacia Territoriale	16	62.786.842,00		
Medicina Legale	15	146.096,00		
Sistema Informativo	5	1.524.549,00		
Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza	76	1.250.243,00		



C.O.				
Denominazione	pg	BUDGET ASSEGNATO 2018	Note	
STP: Tecnica - Acquisti e Logistica	Area 3 2	27.922.436,00		
Fondo per la Prevenzione	93	100.000,00		
Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	17	1.198.168,00		
SIMT	83	210.000,00		
Governo clinico e sviluppo strategico - Area Formazione	71	100.000,00	Di cui 50.000 euro relativi alla formazione specifica in materia di sicurezza	
DPD - SERT	72	911.101,00		
Sanità Penitenziaria	77	186.000,00		
<b>Nota: budget consumato 2017 (AL NETTO FDV inclusi indennizzi ex L.210/92, LP intramoenia, utilizzo fondi Balduzzi e convenzioni con altre ASR per nostro personale dipendente) ALLA DATA DEL 07.03.18</b>				



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI  
 DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina

Obiettivi Esprimibili da Attività				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento	Quadrimestrale 1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione

Obiettivi di Appropriata e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa: - delle prestazioni ambulatoriali; - dei ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento) 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione) 3) Tempi di attesa ricoveri 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 3) entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 4) entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	Quadrimestrale 1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SINF

Obiettivi di Implementazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre Report di sintesi del Direttore del Dipartimento

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22-6-09; escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Handwritten notes and signatures on the right side of the page, including a large signature at the top right and several smaller initials and marks.

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia		DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Renato Cantone		DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		100	100	0
Obiettivo Strategico di Azienda										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT		
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	5	5	0		
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	Report GoCSS	20	0	0		
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	*	5	0		
Obiettivo di Applicazione e Qualità										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT		
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	tutte le strutture aziendali: ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	30	30	0		
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) Procedura per l'applicazione della raccomandazione 8	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) RSPP, funzione Medico Competente, ssd Consultori*, GoCSS, ssd Psicologia, DSM; tutte le strutture interessate	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	5	5	0			



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVUR	10	35	0
Ottimizzare la prenotazione della visita di Controllo mediante una agenda dedicata aperta.	N° Pazienti presentatisi nella data stabilita ed ai quali è stata erogata visita di controllo/N° Pazienti prenotati per visita di controllo	>80%	ALLE	Annuale	Report SICG	20	20	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

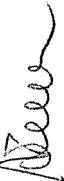
Il Dirigente responsabile di struttura  
dott. Renato Cantone



Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo



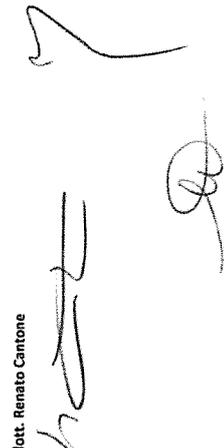
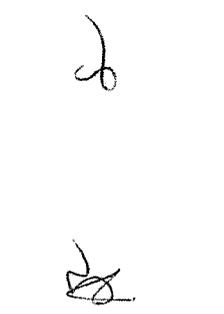
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbalbi incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbalbi; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla S.S.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla Ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalbi; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalbi  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dot. Renato Cantone


DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia e istologia patologica		100	100	100	
DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina					
Obiettivo Strategico 1: attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (per interni e per esterni) 2) N. presenze virtuali o reali del componente della struttura al GIC di patologia quando necessario/N. sedute programmate per GIC di patologia che prevedono la presenza dello specialista	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia, Chirurgi, ORL, DIAB	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC con indicazione di eventuale coinvolgimento dello specialista: Anatomopatologo/Radiologo	20	Peso comparto SAN 10 Peso comparto AT 10
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2018	<= rispetto al 2017 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Trimestrale	Report GoCSS	20	Peso comparto SAN 10 Peso comparto AT 10
Consolidare l'attività del Centro Unico per lo Screening del Piemonte Orientale portando a compimento l'attuazione della DGR 27-3570 di riordino dello screening per la parte di competenza (centralizzazione alla SC Anatomia Patologica/Centro Unico Screening delle attività diagnostiche di 1° e 2° livello svolte dalle ASL del Piemonte Orientale)	Azioni effettuate/azioni previste nel Piano Attività Annuale 2018, Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico, in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016.	Entro i tempi previsti	AP	Annuale	Relazione AP	20	Peso comparto SAN 20 Peso comparto AT 20
Obiettivo Strategico 2: attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quella che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	15	Peso comparto SAN 15 Peso comparto AT 15
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNUGA	1) Aggiornare PDTA oncologici in modo da definire la tempistica adeguata di referenziazione esami per garantire di soddisfare i codici di priorità dei pazienti candidati all'intervento 2) Esami referati entro i tempi previsti dal PDTA (totale degli esami da referare per la patologia oggetto del PDTA * 100	1) PDTA aggiornati entro il 30/06/2018, almeno per tumori colon, tumori retto e tumori prostata; 2) >=90% (rilevazione effettuata a partire dal 1 luglio 2018 su mese a campione)	s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Urologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	Luglio Novembre	1) PDTA; 2) Report SICG	15	Peso comparto SAN 15 Peso comparto AT 15
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza (raccomandazione 8)	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Annuale	Relazione DMPO	10	Peso comparto SAN 10 Peso comparto AT 10

Handwritten signature and initials.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/Issd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/05/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5	5	5
Realizzazione del progetto per la costituzione di un Settore Dipartimentale Funzionale di Biologia Molecolare per le strutture CPVE, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica	Settore di Biologia Molecolare attivato come da programma	Entro i tempi previsti	Anatomia Patologica-CPVE-Laboratorio Analisi	Annuale	Relazione AP	10	15	15

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quelli che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

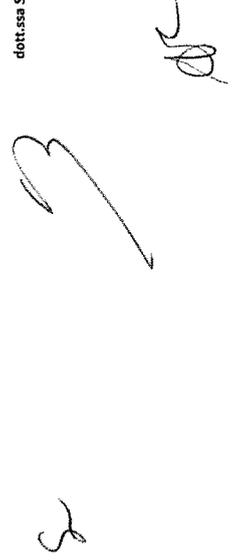
*[Signature]*



5

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture adreenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Silvia Cristina




DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. SIMT - Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio					100	100	100
DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: dott. Giovanni Camisasca							
Riepilogo Economico e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report CdG	10	0	0	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (per interni e per esterni) 2) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologie/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICGF 2) verbali GIC	10	10	5	
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2018	< =rispetto al 2017 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Trimestrale	Report GoCSS	10	10	0	
Portare a completa operatività la struttura CPVE attualmente in possesso degli spazi, delle dotazioni tecnologiche e di personale necessarie per garantire l'attività di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti a tutta l'Area Omogenea Piemonte Nord est.	1) Definizione di Cronoprogramma 2) Azioni effettuate/azioni previste nel Cronoprogramma	1) Documento condiviso con le Aziende dell'AlC3 2) Entro i tempi previsti	CPVE	Annuale	1) Cronoprogramma 2) Relazione CPVE	15	15	0	

2



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Supportare il GoCSS nella realizzazione del processo di accreditamento dell'ASL NO 2) Rivalutazione delle procedure/persone in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 3) Aggiornamento di almeno una procedura/persone con particolare riferimento alla Procedura per garantire rispetto normativa ANAC in materia di rotazione degli incarichi	1) Secondo piano definito dal GoCSS 2) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 3) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	1) 31/05/2018 2) 30/09/2018 3) 31/12/2018	1) Relazione GoCSS 2) Cronoprogramma 3) percorso/procedura	•	5	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) Procedura per l'applicazione della raccomandazione 8	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) RSPP, Funzione Medico Competente, ssd Consultori**, GoCSS, ssd Psicologia, DSM, tutte le strutture interessate	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	5	0	5
Monitorare il PDTA del Patient Blood Management in collaborazione con le strutture aziendali: Farmacia Ospedaliera, Ambulatorio preoperatori, Ortopedia, Urologia, Chirurgia, Day Hospital multidisciplinare, Direzione Medica	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati; b) analisi dei dati; c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) azioni di miglioramento	a) entro il 30/06/2018 b) entro il 31/07/2018; c) entro il 15/09/2018 d) dal 1/10/2018	CPVE, GoCSS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 15/09/2018 d) 31/12/2018	a) database compilato b) Report c, d) Relazione finale	15	10	10
Dare attuazione alla DGR n. 22-5293 del 03/07/2017 "riorganizzazione e razionalizzazione dei Servizi di Immunematologia e Medicina Trasfusionale"	Avvio della riorganizzazione della Rete Trasfusionale secondo Accordo di Area Omogenea	aseguito di approvazione regionale dell'Accordo di Area Omogenea	CPVE	Annuale	Relazione	10	0	0






Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPRU	5	40	35
Collaborare all'attivazione del Servizio di Ritiro Referti On Line per referti di Laboratorio	Attivazione del servizio	Entro il 31/12/2018	SICG, STP	1) Entro 31/05/2018 - Documentazione a STP per affidamento 2) Entro 31/12/2018 - Attivazione	1) Note per STP 2) Dichiarazione	5	10	35
Realizzazione del progetto per la costituzione di un Settore Dipartimentale Funzionale di Biologia Molecolare per le strutture CPVE, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica	Settore di Biologia Molecolare attivato come da programma	Entro i tempi previsti	Anatomia Patologica-CPVE-Laboratorio Analisi	Annuale	Relazione Sc. AP	10	0	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato nel 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott. Giovanni Camillasca

Il Direttore di Dipartimento  
dott. ssa Silvia Cristina

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri: semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report tripartito azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott. Giovanni Camasca

*(Handwritten signatures and initials)*

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI									
STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Chantal Ponziani									
Obiettivi di Performance di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	trimestrale	Report SICG	15	15	5	100
Governare la spesa farmaceutica - con particolare attenzione all'uso appropriato di insulina lispro biosimilare - e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione Percentuale di prescrizione di insulina lispro biosimilare U100/totale della insulina lispro U100	<= 2017 > = 70%	Strutture aziendali Diabetologia, Medicina	Trimestrale Semestrale	Report GoCSS Relazione e report	10	20	0	100
Garantire al cittadino la miglior assistenza nel settore endocrinologico dando attuazione per quanto di competenza alle azioni previste dalla DGR 27-4072 del 17/10/2016 e dalla dd 81 del 08/02/17	Azioni effettuate/azioni programmate dalla Rete Endocrino-Diabetologica	> = 70%	Diabetologia	Annuale	Relazione	15	10	5	100
Obiettivi di Appropriata Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	1) Indice di performance delle prestazioni di specialista ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione); 2) Percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017; 2) Almeno un percorso implementato, per una patologia	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	20	15	85	100
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	*	0	5	100
Consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi per l'autocontrollo della glicemia oggetto di gara regionale, fatta salva la prescrizione motivata di presidi differenti laddove esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in maniera efficace, lo richiedano	1) Rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate; 2) Rapporto tra le strisce SCR e le strisce CONSP	1) Scostamento ≤ al 20% dell'ASL best performer; 2) Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DPC).	AIP, ssd Diabetologia	Trimestrale	1. 2) report	15	15	0	100

*[Handwritten signature and initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al FNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	25	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott.ssa **Cheratti Pongiani**



Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa **Silvia Cristina**



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa **Arabella Fontana**



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa **Simpinetta Rizzolo**

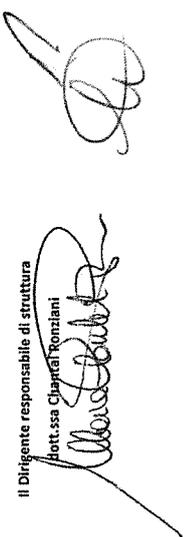
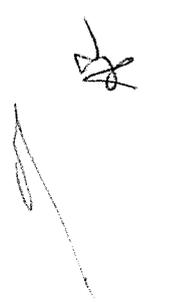


Il Direttore Generale  
Dott. **Adriano Giacioletto**




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attestato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali, relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenze; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'QIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Dirigente responsabile di struttura  
 Dott.ssa Chantal Ronziani  
  


DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera		100		100		100	
DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: dott.ssa Loredana Donetti		100		100		100	
CATEGORIA ECONOMICA DI ATTIVITÀ									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di rilevanza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	Peso comparto AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018 30/09/2018	Report CdG	35	10	10	10
Spesa dispositivi medici	Voce di conto economico BAO220 (dispositivi medici)	<= 2017	STP - FO	31/12/2018	Report	2	10	10	10
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici" ai sensi obiettivo 5.2.2 DGR n. 26-6421 del 26-01-2018	Report tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1)	Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DIM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B1.A.3.1 (dispositivi medici)	STP - FO	Luglio Novembre	Report	10	0	10	10
	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo <a href="http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/14-3-flussiinformativi-regionali/3068-nuovi-flussi">http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/14-3-flussiinformativi-regionali/3068-nuovi-flussi</a> ) con un CIG per lotto	Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC	STP - FO	Luglio Novembre	Report/Relazione	10	0	10	10
	Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte)	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"	STP - FO	Luglio Novembre	Report/Relazione	10	0	10	10

Handwritten notes and signatures: "L", "8", "20", and a signature.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali: ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	10	30	25
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza (raccomandazione 17)	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Annuale	Relazione DIMPO	*	40	5
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica interna e dalla Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Semestrale	Relazione	10	0	10






Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	3	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVPU	10	10	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura

dot.ssa *Loredana Donetti*

dot.ssa *Silvia Cristina*

Il Direttore di Dipartimento

dot.ssa *Arabella Fontana*

dot.ssa *Silvia Cristina*

Il Direttore Amministrativo

Dot.ssa *Sinobetta Rizzolo*

Dot.ssa *Sinobetta Rizzolo*

Il Direttore Generale

Dot. *Adriano Giacoleto*

Dot. *Adriano Giacoleto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nei rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità                      TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/are e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione a verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali</p>
	<p>FORMAZIONE. Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BUS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura  
 dott.ssa Loredana Donati






DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale		100		0		100	
DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: dott.ssa Laura Poggi							
Obiettivi Appropriati e Comuni									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget assegnato 2018	<- Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/05/2018 30/09/2018	Report CdG	35	0	10	
Supportare la SSD AIP nella gestione dell'assistenza integrativa (definizione delle attività da svolgere a cura della FT e presa in carico delle stesse)	1) Elenco attività da svolgere a cura della FT 2) Avvia collaborazione	1) Condiviso con Responsabile AIP entro 30/04/2018 2) dal mese di maggio 2018	AIP FT	Luglio Novembre	1) Elenco attività FT 2) Relazione	10	0	20	
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2018 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer nel 2017 per farmaci ATC A02BC; J01; C07-C08-C09; N06A; R03	Differenza tra spesa procapite (per popolazione pesata) per molecola ASL NO e spesa procapite (per popolazione pesata) per molecola ASL best performer	Differenza inferiore del 50% nel 2018 rispetto al 2017	FT	Luglio Novembre	Report flussi Farmacia territoriale	10	0	0	
Obiettivi Appropriati e Comuni									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10	0	30	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza (raccomandazione 17)	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Relazione	5	0	0	
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco e dei dispositivi medici mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna e dalla Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA (con riferimento agli Obiettivi 5.1 e 5.3 della DGR 26-6/21/2017)	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Semestrale	Relazione	20	0	0	

Handwritten signatures and initials in the right margin of the page.



114

30 MAG. 2018

Ospedale Poma - Ospedale di Piacenza						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitorabilità	Documenti attestati	Peso diffidenza / Peso comparato SAN / Peso comparato AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/Assd	0 / 0 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	IN personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVURU	0 / 0 / 40

(\*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11/635 del 22/6/09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura esposta: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Laura Poggi

*L. Poggi*

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Silvia Cristina

*S. Cristina*

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Arabella Fontana

*A. Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
dott.ssa Shyonetta Rizzolio

*S. Rizzolio*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto

*A. Giacoletto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenza; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dell'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Laura Poggi

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*



*[Signature]*

*Handwritten mark*

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia		100	100	100		
DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: dott. Giuseppe Sessa						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2018	< rispetto al 2017 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Trimestrale	Report GoCSS	20	10	10
Garantire l'esecuzione degli esami: per lo screening per i tumori della mammella ("e" e "l" livello) in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PAP	1) N. esami erogati/totali esami programmati per lo screening "100" 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	Radiologia	Luglio Novembre	report	20	20	20
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2. - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	*	10	10
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLSA	1) Aggiornare PDTA oncologici in modo da definire la tempistica adeguata di esecuzione e riferenziazione esami per garantire di soddisfare i codici di priorità dei pazienti candidati all'intervento; 2) esami erogati e referati entro i tempi previsti del PDTA/totali degli esami da erogare e referare per la patologia oggetto del PDTA * 100	1) PDTA aggiornati entro il 30/06/2018, almeno per tumori colon, tumori retto e tumori prostatici; 2) >= 90% (rilevazione effettuata a partire dal 1 luglio 2018 su mese a campione)	s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Urologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	Luglio Novembre	1) PDTA 2) Report SICG	10	10	10
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	10	10	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL n. 2818 e le raccomandazioni Ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) Procedura per l'applicazione della raccomandazione 8	1) Nei modi e nei tempi previsti del programma 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Consulenti **: DMPO, UGR	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentate alla Direzione Generale per la validazione	10	10	10

*Handwritten initials and signature*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenzia	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/Issd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.025 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

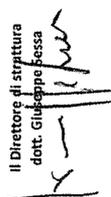
Il Direttore di struttura  
 dott. Giuseppe Bossa

Il Direttore di Dipartimento  
 dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
 Dott. Adriano Giacchetto



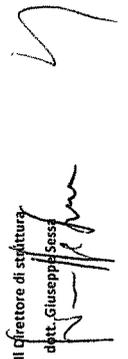
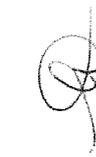





VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1. CONL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1. incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget, segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Giuseppe Sassi





STRUTTURA: s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza									
DIRETTORE: dott. Claudio Teruggi									
		100		0		100		100	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018 ***	Ordinatori di spesa	30/05/2018 30/09/2018	Report CdG	35	0	5	
Adeguamento sito aziendale in collaborazione con la S.C. Sistema Informativo e Controllo di Gestione.	Sito adeguato	Entro il 30/09/2018	AICAT, SIGC	30/09/2018	Relazione e sito	10	0	10	
Applicazione piano aziendale anticorruzione 2018-2020 anche in relazione agli audit previsti	1) Audit previsti dall'allegato 7 del piano anticorruzione 2) Adempimenti al piano Anticorruzione e Trasparenza 3) Aggiornamento cruscotto e validazione obiettivi delle strutture relativamente alla trasparenza e anticorruzione	1) 100% audit previsti al 31/12/2018 2) 100% entro 31/12/2018 3) In corso d'anno, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali	1) 31/12/2018 2) 31/12/2018 3) 31/12/2018	1) Tabella di sintesi con verbali a supporto 2) Relazione piano 3) Report cruscotto	10	0	15	
Obiettivo di Trasparenza									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso, in particolare il piano di comunicazioni	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	5	0	5	
Partecipazione all'analisi di sicurezza informatica ASL NO per applicazione GDPR (regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e successivo supporto al DPO	1) Partecipazione sedute gruppo di lavoro; 2) Esecuzione attività supporto DPO	1) Partecipazione 100% sedute 2) Secondo pianificazione indicazioni DPO	1) AICAT-STP-DMPO-SIGC 2) Tutte le strutture	15/05/2018 Novembre	1) Verbali sedute; 2) Relazione	10	0	5	
Adeguamento codici di comportamento aziendali ai sensi disposizioni ANAC	Proposta di deliberazione	Entro 30 giugno 2018	s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza; s.c. Servizio	30/09/2017	Deliberazione	*	0	15	

✓

S

R

Handwritten signature



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	1) Predispensione dell'elenco dei nominativi dei professionisti tenuti alla compilazione; 2) Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	1) Entro il 31/05/2018; 2) 100%	Tutte le strutture aziendali	Maggio Novembre	1) Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd 2) Mail via PEC di invio	10	0	10
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5	0	20
Garantire le attività del Servizio di controllo ispettivo dell'ASL NO, in attuazione all'Atto Aziendale	1) Verifica dello stato di recupero crediti, in collaborazione con il DUN; 2) Verifica dei contratti del personale medico e del comparto sanitario nelle strutture accreditate a supporto delle commissioni di vigilanza 3) Verifica incarichi extraistituzionali	1) Report trimestrale 2) Report semestrale 3) Report semestrale	Issd A.C.E.P., DUN	1) Trimestrale 2) Semestrale 3) Semestrale	1) Report e verbali 2) Report e verbali 3) Report e verbali	5	0	5
Omogeneizzare, sistematizzare ed adeguare il Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" secondo le norme dettate dalla DGR 22/2015 su "percorsi di attivazione sociale sostenibili a supporto delle fasce deboli (P.A.S.S.)" e la procedura per l'erogazione contributi	1) Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" e proposta di delibera; 2) Procedura per i contributi	1) Regolamento redatto e inviato con proposta di delibera alla Direzione Generale per approvazione, entro il 30/11/2018; 2) Procedura redatta secondo il format aziendale entro il 30/11/2018	Tutte le strutture del DSM, AILCAT	1) 30/11/2018 2) 30/11/2018	1) Regolamento e proposta di delibera; 2) Procedura, con proposta di delibera	10	0	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott. Claudio Teruggi



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzollo

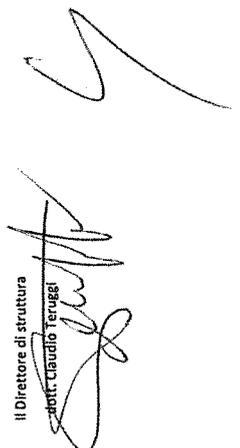


Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVD/AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCML 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report risaplogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
  
 Dott. Claudio Teruggi



STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane									
DIRETTORE: dott. Gianluca Corona									
Descriptione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Consumo del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	100% del Budget assegnato 2018...	Ordinatori di spesa	30/06/2018 30/09/2018	Report CdG	35	10	10	100
Revisione piano pronta disponibilità	Proposta di piano con delibera di approvazione	Entro il 30/06/2018	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018	Procedura con proposta di delibera	10	10	10	10
Coordinare e monitorare l'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1) Indicazioni alle strutture sulle modalità per attenersi alla normativa 2) Verifica a campione sui turni di lavoro	1) Indicazioni inviate almeno 4 volte all'anno 2) Su almeno tre mesi a campione	GPVUR	Trimestrale	1) Indicazioni 2) Report verifica	25	25	25	25
Servizio di Assistenza e Supporto									
Descriptione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento s/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	10	10	10	10
Favorire la riorganizzazione di attività trasversali a diversi servizi sanitari e amministrativi, con particolare riguardo alla gestione delle attività di formazione, obbligatoria, facoltativa, sponsorizzata	Definizione regolamento complessivo relativo all'attività formativa	Regolamento redatto, con proposta di delibera, entro il 30/09/2018	s.c. GPVURU; ssc GoCSS; s.c. DIPSA	30/09/2018	Regolamento e proposta di delibera	5	10	10	10

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenta	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5		
Favorire e coordinare l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	<p>1) Predisposizione delle specifiche per dell'applicativo informatizzato per la gestione delle schede;</p> <p>2) Avviso della sperimentazione e monitoraggio della stessa;</p> <p>3) N personale valutato/totale personale da valutare * 100;</p> <p>4) Rendicontazione degli esiti della valutazione, anche al fine di adottare azioni di miglioramento utili alla messa a regime del sistema</p>	<p>1) Entro 30/04/2018;</p> <p>2) Monitoraggio al 30/06/2018;</p> <p>3) 95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione;</p> <p>4) Entro il 30/09/2018</p>	Tutte le strutture aziendali	<p>1) 30/04/2018</p> <p>2) 30/06/2018</p> <p>3) Secondo tempistiche definite dalla sperimentazione</p> <p>4) 30/09/2018</p>	<p>1, 2 e 4) Relazione;</p> <p>3) Report GPVRU</p>	.	15	15
Adozione nuovo contratto integrativo aziendale conforme al CCNL comparto sanità	Predisposizione proposta di deliberazione di approvazione	Entro il 31/12/2018	GPVRU	31/12/2018	Proposta di Delibera	10	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11/05 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017, salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dotto Gianluca Corona

Il Direttore Sanitario  
Dottoressa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dottoressa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giscolletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire, con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/fgre e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenza rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FCRMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alla azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott. Giampaolo Carona

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten mark)*

STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario									
DIRETTORE: dott.ssa Barbara Buono									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Supporto a S.c. STP per aggiornamento inventario beni mobili	Preposizione stampe degli allegati al Bilancio	Entro 30/05/2018	SEF - STP	30/05/2018	Relazione	15	0	50	100
Applicazione modifica art. 48bis del DPR 602/73	Verifica pagamenti superiore ai 5.000 euro dal primo marzo	Dal 01/03/2018	SEF	31/12/2018	Report	15	0	30	
Adempimenti relativi a portale partecipazioni MEF (SQUEL)	Comunicazioni nei tempi previsti dal MEF	Entro le scadenze fissate dal MEF	SEF	31/12/2018	Comunicazione al MEF	10	0	0	
Obiettivo di performance 2018									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso ove necessario	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	15	0	0	
Gestione quadratura e parifica al bilancio resa dei conto agenti contabili	Magazzini anni 2011-2017 - altri agenti contabili 2016-2017	Entro il 31/05/2018	STP-Farmacia Ospedaliera - Farmacia territoriale	31/05/2018	Deliberazione anni 2011-2015 Determina per anni successivi	*	0	0	
Obiettivo di performance 2018									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Valutazione interventi su applicativo amministrativo contabile sulla base della dgr 6517 DEL 23/02/2018 (punto 7.7 allegato A) ed del contratto quadro Consip SGI	Individuazione interventi compatibili con la pianificazione regionale ed del contratto quadro Consip SGI	Entro il 31/07/2018 o entro i termini compatibili con determinazioni regionali	SEF - SICG	31/07/2018	Relazione	10	0	5	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	0	0	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVUR	5	0	5	
Avvio anticipato SIOPE+	Almeno un pagamento e un incasso entro giugno 2018	Entro il 30/06/2018	SEF - SICG	30/06/2018	Relazione	25	0	10	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giarolotto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018-4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. 1. Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D. Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserirli il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla sst Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report triepilegativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott.ssa Barbara Buono

STRUTTURA: s.c. Sistema Informativo e controllo di gestione									
DIRETTORE: dott.ssa Luisella Candron									
Obiettivi di performance e qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018 30/09/2018	Report CdG	35	0	10	100
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici" ai sensi obiettivo 5.2.2 DGR n. 26-6471 del 26-01-2018	Reporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2)	Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B.1.A.3.1 (dispositivi medici); B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	SICG	Luglio Novembre	Report	5	0	10	10
Valutazione interventi su applicativo amministrativo contabile sulla base della dgr 27-6517 DEL 23/02/2018 (punto 7.7 allegato A) ed del contratto quadro Consip SGI	Individuazione interventi compatibili con la pianificazione regionale ed del contratto quadro Consip SGI	Entro il 31/07/2018	SEF - SIGC	31/07/2018	Relazione	5	0	10	10
Obiettivi di performance e qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	10	0	10	10
Collaborazione alla progettazione servizio di RMN per quanto di competenza	Progetto	100% attività di competenza entro il 30 settembre 2018	STP-DMPO	30/09/2018	Relazione	5	0	10	10
Progettazione gare per affidamento servizi informatici ex CIC	Capitolati tecnici ed indicazione a struttura acquisiti per gestione procedure	Entro il 30/06/2018	STP-DMPO-AICAT	31/07/2018	Relazione	*	0	15	15
Partecipazione all'analisi di sicurezza informatica ASL NO per applicazione GDPR (regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e successivo supporto al DPO	1) Partecipazione sedute gruppo di lavoro in qualità di coordinatore fino alla nomina del DPO; 2) Esecuzione attività supporto DPO	1) Partecipazione 100% sedute 2) Secondo pianificazione indicazioni DPO	1) STP-DMPO-SIGC 2) Tutte le strutture	15/05/2018 Novembre	1) Verbali sedute; 2) Relazione	10	0	10	10

Handwritten notes and signatures:

- A large checkmark.
- A signature.
- A circular stamp with a signature inside.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligente	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	in personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GP/VRU	5	0	10
Servizio di Ritiro Referti On Line per referti di Laboratorio	Attivazione del servizio	Entro il 31/12/2018	Laboratorio Analisi, STP	1) Documentazione a STP per affidamento entro 31/05/2018 2) Attivazione entro 31/12/2018	1) Nota per STP 2) Dichiarazione	10	0	5
Realizzazione degli interventi per progetto FSE - SOL	Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'implementazione del FSE-Sol Piemontese	Realizzazione del 100% degli interventi nelle tempistiche programmate	SICG	Luglio Dicembre	Relazione	10	0	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluse dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura

dott.ssa Luiseella Condron

*Luiseella Condron*

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simona Rizzolo

*Simona Rizzolo*

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacchetto

*Adriano Giacchetto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri sommersi con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro il 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP)	1) Valutazione annuale; 2) Verbalii incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbalii; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVolvimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'INV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo e p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalii; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalii
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquistato il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riapertivo azioni PO	



Il Direttore di struttura  
dot.ssa Luisa Cappon

*[Handwritten signature]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione a aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Supportare il GoCSS nella realizzazione del processo di accreditamento dell'ASL NO 2) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 3) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso con particolare riferimento alla Procedura per garantire rispetto normativo ANAC in materia di rotazione degli incarichi	1) Secondo piano definito dal GoCSS 2) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 3) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	1) 31/05/2018 2) 30/09/2018 3) 31/12/2018	1) Relazione GoCSS 2) Cronoprogramma; 3) percorso/procedura	5	0	
Spesa per beni e servizi	Verifica su 10 contratti superiori a euro 50.000 per eventuale recupero di efficienza	Verifica 100% entro il 31/12/2018	Farmacia ospedaliera, DMPO	31/12/2018	Relazione	5	0	5
Revisione registrazione consumi dispositivi per dialisi	1) Individuazione dei dispositivi costitutivi del Kit per dialisi 2) % valore flusso DMIRP su costi dispositivi dialisi	1) Analisi 100% del kit entro 30 giugno 2018 2) > = 95%	STP	1) 30/06/2018 2) 31/12/2018	1) Report 2) Report	5	0	5
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	0	5
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	in personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	0	10
Favorire l'omogeneizzazione delle procedure di gara mediante la definizione di schema tipo di provvedimenti	Schema tipo di: 1) Determina a contrarre 2) Lettera di invito 3) Contratto	Entro il 30/06/2018	STP	30/06/2018	1) Determina a contrarre 2) Lettera di invito 3) Contratto	10	0	5
Servizio di Ritiro Referti On Line per referti di Laboratorio	Attivazione del servizio	Entro il 31/12/2018	Laboratorio Analisi, SICG	1) Entro 31/05/2018 - Documentazione a STP per affidamento 2) Entro 31/12/2018 - Attivazione	1) Nota per STP 2) Dichiarazione	5	0	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare la attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott. Silvano Borelli

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Mariella Fontana

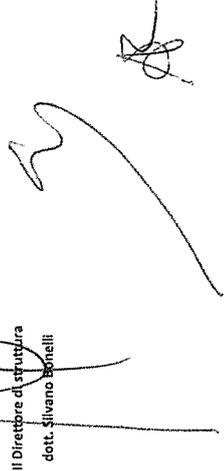
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Miriam Giacolotto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v.; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Silvano Bonelli





DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		Obiettivi Economici e di Attività				Peso dirigenza
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza
Incrementare l'attività di donazione di organi	1) Donazioni di cornee 2) N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.	1) >2017 2) < 33%	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ss MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	1,2) Report	20
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento	Quadrimestrale	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione	20
Obiettivi di Appropriazione del Budget						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa : - delle prestazioni ambulatoriali; - dei ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione); 3) Tempi di attesa ricoveri; 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0, se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	Quadrimestrale	1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SICG	30
Obiettivi di Rimborsazione e Subtopp						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.NAC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Report di sintesi del Direttore del Dipartimento	30

Obiettivo prioritario di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato, agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura depositaria in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Emilio Moretti

*E. Moretti*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

*A. Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo

*S. Rizzolo*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto

*A. Giacoletto*



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia		100	100	0
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti		DIRETTORE: dott. Umberto Parravicini				
Prestazioni, Standard, e Target						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso differenza / Peso combinate SAN / Peso comparto AT
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	10 / 5 / 0
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	5 / 0
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione  Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017  <= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	10 / 0
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 visita cardiologica (dato produzione) 2) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 ecocolor Doppler cardiaca (dato produzione) 3) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 elettrocardiogramma (dato produzione) 4) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 elettrocardiogramma dinamico - HOLTEN (dato produzione) 5) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 elettrocardiogramma da sforzo (dato produzione) 6) Percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione	1, 3) ≤ 30 giorni; 2, 4, 5) ≤ 40 giorni; 6) Almeno un percorso implementato, per una patologia	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Flusso CO e DD	20 / 20 / 0

*[Handwritten signatures and initials]*



Ospedale di Borgomanero - 2018								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di rilevanza	Peso comparato JAN	Peso comparato AT
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS effettuando un audit clinico e organizzativo sui pazienti con IMA STEMI che giungono all'Ospedale di Borgomanero	1) Audit clinico e organizzativo 2) Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente sia stato mandato al centro HUB di riferimento per eseguire la PTCA entro 24 h/-Numero di episodi di STEMI*100	1) Entro 30 giugno 2018 2) Valore % 2018 > 2017	s.c. Cardiologia; s.c. MeCAU; DMPO; GOCCS	1) 30/06/2018 2) Trimestrale	1) Relazione 2) Report	15	15	0
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; s.d. GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	15	15	0
Promuovere un uso appropriato di antibiotici in pazienti con polmoniti nelle terapie intensive	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti con tumore testa collo sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazione azioni di miglioramento	a) Entro il 30/06/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2018; c) Entro il 15/09/2018 d) Dal 1/10/2018	Cardiologia, Rianimazione	a) 30/06/2018 b) 31/07/2018 c) 15/09/2018 d) 1/10/2018	Scheda utilizzo antibiotici in CRRT	0	0	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) N raccomandazioni 17 applicate/totali ricoveri* 100;	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) >70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report FT 3) Procedura e proposta di delibera presentate alla Direzione Generale per la validazione	5	5	0



Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page, including a large signature that appears to be 'M' and another signature that appears to be 'S. S. S.'.

Ospedale di Livorno - Dipartimento di Cardiologia						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenziale / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5 / 5 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVUR	5 / 10 / 0
Consolidare la collaborazione ospedale-territorio per garantire la continuità delle cure cardiologiche a favore del paziente con scompenso cardiaco cronico attraverso: - aggiornamento del percorso del paziente con SCC, concordato con MMG e specialisti ambulatoriali convenzionati della Casa salute di Arona, Oleggio, Ghemme, - sviluppo del progetto di gestione del paziente a domicilio, con telemonitoraggio/telemedicina, anche in collaborazione con IRCCS di Veruno	1) N. pazienti con SCC inviati alla CS-CAP di Arona, Oleggio, Ghemme e inseriti nel percorso di medicina di iniziativa 2) Progetto di gestione del paziente a domicilio con telemonitoraggio/telemedicina	1) Incremento del n. pazienti inseriti nel percorso per lo SCC rispetto al 2017 2) Entro 31/12/2018	Cardiologia, Distretti (specialisti ambulatoriali)	Luglio Novembre	1) Report dati Case Salute 2) Progetto	10 / 20 / 0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dot. Umberto Parronini

Il Direttore di Dipartimento  
dot. Emilio Mojetti

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giaccolletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura dei partecipanti, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) Relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dot. Umberto Parravicini

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE									
STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza									
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti									
Obiettivo Strategico di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni PS con Ricovero e PS non seguite da ricovero; prestazioni ambulatoriali)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	5	0	0	100
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	5	10	10	
Governare il consumo dei dispositivi medici	Consumo di dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	15	20	20	
Obiettivo Strategico di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Avviare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS, e dei processi organizzativi correlati al PS, al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti	Tempo medio di permanenza in PS (esclusi i giunti cadavere)	<=2017	s.c. MeCAU; s.c. DMPO	Luglio Novembre	Report SICG	10	20	20	
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS effettuando un audit clinico e organizzativo sui pazienti che giungono all'Ospedale di Borgomanero: - con IMA STEM - con ictus ischemico	1) Audit clinico e organizzativo per ciascuna patologia 2) Individuazione e attuazione azioni di miglioramento per ciascuna patologia	1) Entro 30 giugno 2018 2) Azioni implementate entro l'anno 2018	s.c. Cardiologia; s.c. MeCAU; DMPO; GOCCS	1) 30/06/2018 2) Trimestrale	1) Relazione 2) Report	15	0	0	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura		0	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) Entro il 31/12/2018 procedura redatta secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) DSM**; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; s.c. MeCAU; DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO; 2) Report F.T; 3) procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	10	10	20	

*[Handwritten signatures and initials]*



Obiettivo Strategico n. 4 Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffeerenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10 / 0 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVUR	15 / 30 / 20
Rivedere i percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico nelle specialità attive in Ospedale a Borgomanero - in elezione o in urgenza - e definire la corretta modalità operativa per l'esecuzione di procedure anestesiologiche in età pediatrica, in modo da garantire competenza professionale ed organizzazione nella massima sicurezza, efficacia ed efficienza, riducendo i rischi e le complicanze.	1) istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare 2) ricerca bibliografica delle procedure EBM per anestesia in età pediatrica 3) percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico per ciascuna specialità	1) Direzione Medica Ospedaliera; Anestesia e Rianimazione; MeCAU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica 2) entro 31/05/2018 3) stesura entro 30/09/2018 del percorso per ciascuna specialità dell'area chirurgia (ORL, Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia, Urologia, Oculistica) e condivisione interaziendale con l'AOU Maggiore della Carità di Novara	Direzione Medica Ospedaliera(**); Anestesia e Rianimazione; MeCAU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica	30/06/2018 31/12/2018	1) Formalizzazione gdl 2) Bibliografia ragionata 3) Percorsi per specialità	15 / 10 / 10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopradefiniti.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di struttura  
Dott. Claudio Didino

Il Direttore di dipartimento  
Dott. Emilio Moretti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Shionetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/ totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/ totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbalii incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbalii; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalii; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalii
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica creditenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

*[Handwritten signature]*

Il Direttore di struttura  
dott. Claudio Piddino

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna		100	100	100	
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti		DIRETTORE: dott. Gianluca Alroldi		Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Dipartimento Emergenza e Accettazione							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	5 0	0
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	5	0
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - oparine basso peso molecolare e di insulina Lispro biosimilare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	5	0
	Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Flusso CO e DD	10	0
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Percentuale di prescrizione di insulina lispro biosimilare /totale della insulina lispro	> = 70%	Diabetologia, Medicina	Semestrale	Relazione e report	15	0
	Indice di performance delle prestazioni di specialista ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	5	0
Dipartimento Emergenza e Accettazione							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/parcorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	10 20	20
Appropriatezza prescrittiva di anticorpi TNFalfa, appartenenti al gruppo LO4AB, migliore selezione del farmaco e recupero di economie nei pazienti con prima prescrizione	Percentuale di prescrizione di molecola aggiudicata in gara regionale a minor costo /totale di prescrizioni di medicinali del gruppo LO4AB	>= 80%	Medicina	Semestrale	Prescrizioni in SSN	*	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera (NCA) ASI NO.2013 e le raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100; 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) >=70% (rilevazione a campione); 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC 3) DSM**, s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report F.T 3) procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	25	40

Handwritten initials and signature



Capitale di Promozione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	10	40	40

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Gianluca Airaldi

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Emilio Moretti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Glicoleto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCV/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCHL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Aderione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/igare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti; per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100.	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presence; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riiepilogativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott. Gianluca Afroldi

D. PARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia		100		100		100	
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti		DIRETTORE: dott. Stefano Cusinato							
Obiettivo Economico e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbal GIC	10	10	10	
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	10	10	10	
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	5	5	5	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	5	5	5	

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/ Percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	10	10	10
Attuare per le parti di competenza il programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) N raccomandazioni 17 applicate/totali ricoveri* 100 3) Formulazione delle schede di consenso informato relativo alla procedure ritenute più critiche	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) >=70% ( rilevazione a campione) 3) Entro il 31/12/2018 scheda recata secondo lo standard aziendale e validata dalla DMPO	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC 3) s.c. Neurologia, DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report F.T 3) Schede di consenso	10	10	10
Promuovere un uso appropriato di farmaci, in particolare: 1) immunosoppressori in pazienti con trapianto renale residenti nell'ASL, in ricovero ospedaliero ed in dimissione; 2) antibiotici in pazienti acuti settici necessitanti di trattamenti emodialisi CRRT	% pazienti in terapia con farmaco immunosoppressore generico  Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	>80%  a) Entro il 30/06/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2018 c) Entro il 15/09/2018 d) Dal 1/10/2018	SC. Nefrologia	Semestrale	Flusso CO e DD	10	10	15
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni/patologie critiche, tra quelle monitorate dagli indicatori del PNE, o - qualora non previste - individuate dalle strutture	Re-Audit clinico dopo implementazione azioni di miglioramento previste nell'audit condotto nel 2017, strutturato nelle seguenti fasi: a) implementazioni azioni di miglioramento; b) raccolta dati; c) analisi dei dati; d) condivisione dei risultati con l'intera struttura	a) Entro il 30/09/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/10/2018; c) Entro il 15/12/2018 d) Entro il 31/01/2019	SC. Nefrologia  NEFRO, MECAU, CPVE	a) 30/06/2018 b) 31/07/2018 c) 15/09/2018 d) 1/10/2018	Scheda utilizzo antibiotici in CRRT	10	20	10
		a) Entro il 30/09/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/10/2018; c) Entro il 15/12/2018 d) Entro il 31/01/2019		a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 31/10/2018 d) 15/12/2018 e) 31/01/2019	a) Sintetica relazione b) Data base compilato c) Report d) Relazione finale audit	15	5	10



9

2

10

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	10	10
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare + 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5	5	5
Promuovere stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc) in ambito scolastico in collaborazione con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica)	Avvio del progetto "Il futuro in salute" nelle scuole di promozione della salute nella banca dati ProSa	Avvio del progetto nell'anno scolastico 2017/18 in tutte le scuole aderenti e inserimento delle azioni di promozione della salute nella banca dati ProSa	Nefrologia, Pediatria, SIAN	Annuale	Rendicontazione dell'attività	•	0	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Stefano Cusinato

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Epilio Mariotti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

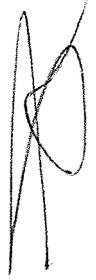
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/05/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/igare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presente; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	2) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoC55 con indicazione nominativi; 3) Verbali
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (ALS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoco credenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della Struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Stefano Cusinato










DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia		100	100	0
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti		DIRETTORE: dott.ssa Laura Godi				
Dipartimento Emergenza e Accettazione						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso direferenziale / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	30 / 20 / 0
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia, s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	5 / 10 / 0
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione  Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017  <= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	5 / 10 / 0
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni e, in particolare collaborando alla definizione del percorso del paziente con demenza che richiede visita a fini certificativi (invalidità, accompagnamento, 104), in condizione con INPS/patronati, specialisti Neurologi e Geriatrici, Distretti, MMG	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 visita neurologica (dato produzione) 2) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 elettromiografia (dato produzione) 3) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici (dato produzione) 4) Percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione 5) proposta di percorso MMG-INPS-Distretti e di scheda con test secondo Linee Guida INPS	1- 2) < 30 giorni 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 4) Almeno un percorso implementato, per una patologia 5) Percorso e scheda condivisi con Med Legale, MMG, INPS e sottoscritti in specifico accordo entro 30/04/2018	1-4) Tutte le strutture aziendali eroganti prestazioni ambulatoriali; 5) Distretti (specialisti neurologi e geriatrici; UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale MMG INPS/patronati	1-4) Trimestrale 5) Maggio 2018	1-4) Report SICG 5) Accordo sottoscritto dalle parti	10 / 10 / 0

8

my

Elect



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCCS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	•	10	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) IN raccomandazioni 17 applicate/totali ricoveri* 100 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥ 70% (rilevazione a campione) 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC; 3) DSM**, s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia, DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report FT 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	10	10	0
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS effettuando un audit clinico e organizzativo sui pazienti con ictus ischemico che giungono all'Ospedale di Borgomanero	1) Audit clinico e organizzativo 2) Individuazione e attuazione azioni di miglioramento	1) Entro 30 giugno 2018 2) Azioni implementate entro l'anno 2018	s.c. Neurologia; s.c. MeCAU; DMPO; GOCCS	1) 30/06/2018 2) Trimestrale	1) Relazione 2) Report	10	20	0

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC.n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10	10	0

(\*1) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Laura Godi

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Emilio Moretti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzollo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacioletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 84 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'IOIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Laura Godi





DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE									
STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione									
DIRETTORE: dott. Emilio Moretti									
Obiettivi funzionali Le di Attrib.									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	5	0	0	
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	10	15	0	
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017 <= 2017	Strutture aziendali Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia,	Trimestrale Semestrale	Report GoCSS Flusso CO e DD	5 20	0 15	0 0	
Obiettivi di performance e qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/totale delle fratture da operare * 100 2) N° fratture di tibia e perone operate entro 5 gg./totale delle fratture da operare * 100	1) >70% 2) Valore 2018 > 2017	s.c. Anestesia e Rianimazione; sc Ortopedia e Traumatologia	Luglio Novembre	Report GoCSS	10	15	0	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; sc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5	15	0	
Promuovere un uso appropriato di antibiotici in pazienti con polmoniti nelle terapie intensive	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti con tumore testa collo sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	a) Entro il 30/06/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2018; c) Entro il 15/09/2018 d) Dal 1/10/2018	Cardiologia, Rianimazione	a) 30/06/2018 b) 31/07/2018 c) 15/09/2018 d) 1/10/2018	Scheda utilizzo antibiotici in CRRT	*	0	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICCA) N° 40/2018, le raccomandazioni ministeriali di competenza	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report FT 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	5	0	0	



*Handwritten notes and initials:*  
 R  
 E  
 L  
 1

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 25-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	20	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/05/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10	30	0
Rivedere i percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico nelle specialità attive in Ospedale a Borgomanero - in elezione o in urgenza - e definire la corretta modalità operativa per l'esecuzione di procedure anestesiológicas in età pediatrica, in modo da garantire competenza professionale ed organizzazione nella massima sicurezza, efficacia ed efficienza, riducendo i rischi e le complicanze	1) Istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare 2) Ricerca bibliografica delle procedure EBM per anestesia in età pediatrica 3) Percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico per ciascuna specialità	1) Direzione Medica Ospedaliera; Anestesia e Rianimazione; MeCaU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica 2) Entro 31/05/2018 3) Stesura entro 30/09/2018 del percorso per ciascuna specialità dell'area chirurgica (ORL, Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia, Urologia, Oculistica) e condivisione interaziendale con l'AOU Maggiore della Carità di Novara	Direzione Medica Ospedaliera(**); Anestesia e Rianimazione; MeCaU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica	30/06/2018 31/12/2018	1) Formalizzazione gdi 2) Bibliografia ragionata 3) Percorsi per specialità	10	10	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo iperavanzato è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Emilio Mioretti

*Emilio Mioretti*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simpinetta Rizzolo

*Simpinetta Rizzolo*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacobetto

*Adriano Giacobetto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attestato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità                      TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbalì incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbalì; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicato al responsabile stesso con controfirma npv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alle data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalì</p>
		<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; ALS); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) Relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura  
 dott. Emilio Moretti



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		100	
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo			

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Incrementare l'attività di donazione di organi	1) Donazioni di cornee 2) N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.	1) > 2017 2) < 33%	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ss MCAU; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa : - delle prestazioni ambulatoriali; - dei ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione); 3) Tempi di attesa ricoveri; 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale

Obiettivi di Impedimenti e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n. 12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali

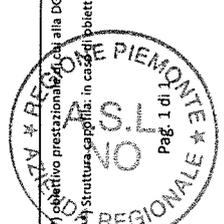
Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato, agli obiettivi sopra-indicati.  
N° di Strutture coinvolte: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Brugo

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto



*Handwritten notes and signatures:*  
 A large handwritten 'R' at the top right.  
 A signature 'MAG' in the middle right.  
 A signature 'S' below 'MAG'.  
 A signature 'K' at the bottom right.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale		Peso		Peso		Peso	
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: dott. Amedeo Alonzo		100		100		0	
Obiettivo Strategico di Azione									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dipendenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenza del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verballi GIC	10	10	0	
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	10	10	0	
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2018 2) Consumo dispositivi medici 2018	<= 2017 a parità di produzione	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	10	10	0	
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017  1) Interventi chirurgici tumore colon con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018 2) Interventi chirurgici tumore colon con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018 3) Interventi chirurgici tumore retto con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018 4) Interventi chirurgici tumore retto con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018 5) Interventi chirurgici tumore mammella con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018 6) Interventi chirurgici tumore mammella con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018	<= 2017  1) >=90% 2) > 90% 3) > 90% 4) > 90% 5) > 90% 6) > 90%	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Flusso CO e DD	10	10	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Anatomia Patologica, s.c. Radiologia  Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Luglio Novembre  Trimestrale	Report SICG	10	10	0	



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni/ricoveri per colecistectomia laparoscopica *100 2) Audit clinico	1) > 70% o almeno > 2017 2) Condotto secondo le modalità e la tempistica previste	s.c. Chirurgia Generale	Trimestrale	1) Report SICS 2) Relazione audit	10	10	0
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/corso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; s.d. GOCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	*	0	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 4) Partecipazione al gruppo di lavoro relativo alla definizione dei percorsi per pazienti pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) >70% (rilevazione a campione) 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) 100% delle azioni previste	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC 3) DSM**; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report FI 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) Verbale della riunione	10	5	0
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni/patologie critiche, tra quelle monitorate dagli indicatori del PNE, o - qualora non previste - individuate dalle strutture	Re-Audit clinico dopo implementazione azioni di miglioramento previste nell'audit condotto nel 2017, strutturato nelle seguenti fasi: a) Implementazioni azioni di miglioramento b) raccolta dati c) analisi dei dati d) condivisione dei risultati con l'intera struttura	a) Entro il 30/09/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/10/2018; c) Entro il 15/12/2018 d) Entro il 31/04/2019	CHIR, NEFRO, NEURO, GINECO, GOCSS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 31/10/2018 d) 15/12/2018 e) 31/01/2019	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	10	5	0

Handwritten signatures and initials, including a large signature and a circular stamp.



Obiettivi di Performance e Sviluppo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso di rilevanza	Peso comparato SAN	Peso comparato AT	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	5	0	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare + 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5	15	0	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.025 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Amedeo Alonso

*Amedeo Alonso*

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Brigo

*Giovanni Brigo*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo

*Simona Rizzolo*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacolitto

*Adriano Giacolitto*



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/DIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1., CCML 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Preposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbalii incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbalii; 5) Relazione
	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalii; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalii
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totali operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; ALS); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica crediti; 2) Report riaprogativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott. Amedeo Alonzo

DIPARTIMENTO CHIRURGICO									
STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Laura Brogna									
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	15	0	0	
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di agenti anti-neovascolarizzazione) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	15	15	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Annuale	Relazione DMPO	10	20	0	
Programmare le attività della SSD Gastroenterologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del colon retto in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016	Spazi dedicati per effettuazione screening, come da richiesta del Piano Annuale di Attività 2018	Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano	ssd GASTRO, ss UVOS	Trimestrale	Report GASTRO	*	0	0	
Inibitori di pompa protonica (IPP) in pazienti con diagnosi endoscopica di ulcera gastroduodenale e malattia da reflusso: adozione ed implementazione di una procedura	1) Stesura della procedura 2) Implementazione	1) Entro 31/07/2018 2) Entro fine anno sul 50% dei pazienti prescrizione di IPP tramite File F	GASTRO	31/07/2018 31/12/2018	1) Documento 2) Flusso DD	10	0	0	
Promuovere l'appropriata gestione del paziente gastroenterologico	1) Rivalutazione del PDTA in essere al fine di individuare quelli coerenti con l'attività della struttura e definizione del cronoprogramma per l'aggiornamento 2) Aggiornamento del PDTA per il trattamento dei pazienti affetto da infezione da HELICOBACTER PYLORI predisposto nel 2009	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	ssd GASTRO; ssd GoCSS	31/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) PDTA	10	10	0	
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, con particolare riferimento alla corretta gestione del paziente oncologico e agli indicatori del PNE	Audit clinico relativo alla valutazione degli indicatori di esito previsti dalla rete oncologica	Audit clinico effettuato entro il 31/12/2018	Tutti i reparti ospedalieri; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	Relazione audit	10	10	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora superiori lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	1) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione) 2) Percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 2) Almeno un percorso implementato, per una patologia	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	10	10	0	

*[Handwritten signatures and initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/sscd	5	0	0
Revisione organizzativa della Struttura volta a migliorare qualità e appropriatezza e orientare le tipologie di prestazioni offerte al reale bisogno dell'utente e alle risorse professionali presenti nella Struttura stessa. In dettaglio, il ricambio del personale medico previsto (2 risorse in uscita) e il monitoraggio dell'attività richiede una rivalutazione delle prestazioni offerte, in particolare videocapsula, ERCP, Ambulatorio/Sportello Cellachia	1) Progetto di riorganizzazione 2) Valutazione della riorganizzazione	1) Entro il 30/06/2018 2) Entro il 31/12/2018	ssd GASTRO	30/06/2018 31/12/2018	1) Progetto 2) Relazione Responsabile della struttura	10	15	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/ totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5	20	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato ai progetti sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott.ssa Laura Brogna

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Brugo

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzello

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE. 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvogliamento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget, segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dot.ssa Laura Broglio




DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica		DIRETTORE: dott. Vito Belloli		100	100	100
DIRETTORE: dott. Giovanni Brügo		DIRETTORE: dott. Vito Belloli		DIRETTORE: dott. Vito Belloli		100	100	100
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso direzione	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SIGG	25	25	50
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di agenti anti-neovascolarizzazione) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione Costo di agenti anti-neovascolarizzazione per paziente anno 2017/ costo per paziente anno 2016	<= 2017 <= 2017	Strutture aziendali Oculistica	Trimestrale Semestrale	Report GoCSS Flusso CO e DD	10	10	0
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6424/2018 (dato produzione) 2) Percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione	1) entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 2) almeno un percorso implementato, per una patologia	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6424/2018	Trimestrale	Report SIGG	10	10	25
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso direzione	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento, ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	20	25	25
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 4) Partecipazione al gruppo di lavoro relativo alla definizione dei percorsi per paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) >=70% (rilevazione a campione) 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) 100% delle azioni previste	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPOC 3) DSM** ; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO	1) Relazione DMPO 2) Report FI 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	1) Relazione DMPO 2) Report FI 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	10	10	0

*[Handwritten signatures and initials]*



Obiettivo di Promozione Sanitaria						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracing di monitoraggio	Documenti allegati	Peso differenzia / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10 / 0 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	5 / 10 / 0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Struttura  
dot. Vito Ballelli



Il Direttore di Dipartimento  
dot. Giovanni Brugo



Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Avabella Fontana



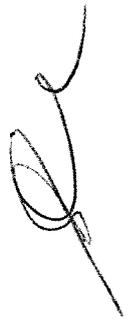
Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simonetta Rizzolo



Il Direttore Generale  
Dot. Adriano Giacoleto



4

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione, 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017, inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Reggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza, produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbal incontri - report presente; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI; NO relativamente a tale obiettivo. L'Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.c. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbal
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.c. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazioni; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni IPO



Il Direttore di struttura  
don. V. Belloni

5/1/18

DIPARTIMENTO CHIRURGICO									
STRUTTURA: s.c. Oncologia									
DIRETTORE: dott.ssa Inconrata Romaniello									
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diffidenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia, chir, ori, diab	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	20	10	10	
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione  Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017  <= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	30	10	10	
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	Pazienti candidati all'intervento per i quali è stato definito il codice priorità/totale pazienti per cui è stato indicato l'intervento seguito dal GIC nel 2018	>= 90%	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative  s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Urologia; s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	Luglio Novembre	Report SICG	5	10	10	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/ percorso, con particolare riguardo alla gestione della terapia antilettica nel paziente oncologico	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali: ssc GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	*	0	0	
Attuare le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGB, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza Ospedaliero di Borgomanero	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) >20% (rilevazione a campione) 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatría, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC 3) DSM**; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Report FI 3) procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	5	10	10	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso il rispetto degli indicatori di efficienza monitorati dalle Rete Oncologica (tempo medio di erogazione delle prestazioni da CAS)	Indice di performance della prima visita CAS e delle successive prestazioni nell'ambito dei PDTA specifici di patologia	Entro lo standard della Rete Oncologica	CAS centrale e periferici	Trimestrale	Report SICG	5	10	10	



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10	20	20
Collaborare con il Dipartimento di Prevenzione all'attuazione dei Programmi del PLP, in particolare a quelli dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	> 90%	Strutture coinvolte nel PLP	Annuale	Rendicontazione del PLP	5	10	10
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, con particolare riferimento alla corretta gestione del paziente oncologico	Audit clinico relativo ad un quadro patologico particolarmente critico per la struttura, strutturato nelle seguenti fasi: a) Scelta argomento e dei partecipanti b) Predisposizione scheda di raccolta dati c) Raccolta dati d) Analisi dei dati e) Condivisione dei risultati con l'intera struttura e definizione azioni di miglioramento (le eventuali azioni di miglioramento saranno implementate nel 2019)	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) raccolta ultimata entro il 31/10/2018 d) entro il 15/12/2018 e) entro il 31/01/2019	ONCO, GASTRO, CHIR, URO, ORL, RADIO, AP, GINE, GOCSS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 31/10/2018 d) 15/12/2018 e) 31/01/2019	a) e-mail <a href="mailto:qualita@asl.novara.it">qualita@asl.novara.it</a> b) Modello scheda c) Modello scheda compilata d) Report e) Relazione finale audit	5	10	10

(\*) obiettivo orientazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. ssa *incoronata Romanelli*

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Brugo

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Azabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simpinetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacioletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p><b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</b> 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p><b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p><b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  <b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI; NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura dei partecipanti, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget, segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/nota al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali</p>
	<p><b>SISTEMA INFORMATIVO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report, esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di Struttura  
dot.ssa *Hydrologia* *Somaniello*

*[Handwritten signatures and initials]*



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria		100		100		0	
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Ruggero Guglielmetti		Peso dirigente		Peso comparto SAN		Peso comparto AT	
Obiettivi Economici e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	15	15	0	
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	15	15	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialista ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	10	10	0	
Obiettivi di Qualità e di Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	*	0	0	
Effettuare un audit clinico sui pazienti con tumore testa collo sottoposti a intervento chirurgico (indicatore di outcome tra quelli monitorati dalla Rete Oncologica risultato "critico" per ASL NO)	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti con tumore testa collo sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	a) Entro il 30/06/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2018; c) Entro il 15/09/2018 d) Dal 1/10/2018	ORL, GOCSS	a) 30/06/2018 b) 31/07/2018 c) 15/09/2018 d) 1/10/2018	Relazione audit	20	30	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) Procedura per l'applicazione della raccomandazione 8 3) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100 4) Partecipazione al gruppo di lavoro relativo alla definizione dei percorsi per paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018; 3) >=70% (rilevazione a campione) 4) 100% delle azioni previste	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Consulenti*; DMPO, UGR 3) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC, ORL	Annuale	1) Relazione DMPO 2) procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	20	15	0	

Handwritten signatures and initials on the right side of the page.



Obiettivo di Amministrativo e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di rilevanza	Peso comparato SAN	Peso comparato AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssid	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPYRU	15	15	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott. *Ruggiero Guglielmetti*

Il Direttore di Dipartimento  
dott. *Giovanni Frigo*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa *Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa *Simonetta Rizzollo*

Il Direttore Generale  
Dott. *Adriano Giacometto*



*M*

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1; incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbal incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo Ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbal  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO



*[Handwritten signature]*

Il Dirigente responsabile di struttura  
dot. Ruggero Guglielmetti  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale					100	100	0
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Claudio Savolini							
Obiettivo Strategico di Azione									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) verbali GIC	10	10	0	
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	10	10	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora superiori lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	*	15	0	
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N. sopralluoghi effettuati/totali dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP (RSA e strutture private) ssd Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP; MI; DIPSA (strutture private) RRF	Semestrale	Relazione	10	0	0	
Obiettivo Strategico di Azione									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali: ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	25	10	0	

*[Handwritten signatures and initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6/421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/responsabile sc/ssd	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare • 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10	30	0
Revisione/implementazione percorso paziente disfiago rispetto alle L.G. contestualizzate nella realtà territoriale	PDTA del paziente disfiago in ambito ospedaliero contestualizzato nella realtà territoriale	Predisposto secondo il forum aziendale entro il 31/12/2018	RRF, ORL, GoCSS	Annuale	PDTA	15	10	0
Piano di follow up delle pazienti con incontinenza urinaria e/o fecale dal 2015 al 2017	Relazione finale follow up delle pazienti con incontinenza urinaria e/o fecale dal 2015 al 2017	Relazione prodotta entro il 31/12/2018	RRF	Annuale	Relazione	10	15	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.6.25 del 22.6.09, escluso dal perseguito agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott. Claudio Savoini

*Claudio Savoini*

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Brugo

*Giovanni Brugo*

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolo

*Simona Rizzolo*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto

*Adriano Giacoleto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Addizione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Reggungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenza; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Dirigente responsabile di struttura  
 Dott. Claudio Savoini

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia		100	100	100	0
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo					
Obiettivi Economici di Attrib.							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso di rigenza	Peso comparto SAN
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto al 2017	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	5	5
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Medicinat; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia	Luglio Novembre	Report DMPO	10	5
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GoCSS	5	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Flusso CO e DD	*	0
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	1) interventi chirurgici protesi d'anca con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018 2) interventi chirurgici protesi d'anca con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018	1) > = 90% 2) > 90%	s.c. Ortopedia e Traumatologia	Luglio Novembre	Report SICG	20	5
	Indice di performance delle prestazioni di specialista ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	5	5



Obiettivi di Programmazione e Obiettivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/ totale delle fratture da operare * 100 2) N° fratture di tibia e perone operate entro 5 gg/ totale delle fratture da operare * 100	1) > 70% 2) Valore 2018 ≥ 2017	sc Ortopedia e Traumatologia; sc. Anestesia e Rianimazione	Luglio Novembre	Report GoCSS	5 / 5 / 0
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5 / 5 / 0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) N° raccomandazioni 17 applicate/totali ricoveri* 100 3) Partecipazione al gruppo di lavoro relativo alla definizione dei percorsi per paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) ≥ 70% (rilevazione a campione) 3) 100% delle azioni previste	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	Annuale	1) Relazione DMPO; 2) report FO 3) Verbale della riunione	10 / 5 / 0
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni/patologie critiche, tra quelle monitorate dagli indicatori del PNE, o - qualora non previste - individuate dalle strutture	Audit clinico relativo ad un quadro patologico particolarmente critico per la struttura, strutturato nelle seguenti fasi: a) Scelta argomento e dei partecipanti b) Predisposizione scheda di raccolta dati c) Raccolta dati; d) Analisi dei dati e) Condivisione dei risultati con l'intera struttura e definizione azioni di miglioramento (le eventuali azioni di miglioramento saranno implementate nel 2019)	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) raccolta ultimata entro il 31/10/2018 d) entro il 15/12/2018 e) entro il 31/01/2019	CARDIO, MED, MECAU, NEFRO, DIAB, ALLE, TRAUMA, PED, RRF, OCU, RIA, SPDC, ATAD, GOCSS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 31/10/2018 d) 15/12/2018 e) 31/01/2019	a) e-mail qualita@asl.novara.it b) Modello scheda c) database compilato d) Report e) Relazione finale audit	10 / 5 / 0

Obiettivi di Programmazione e Obiettivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	10 / 5 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/ totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVU	15 / 50 / 0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura copofit: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dot. Giovanni Brigo

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dot. Adriano Giocolotto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità                      TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)                       FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p> <p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'IOIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informatici e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Report formazione; 2) Relazione formazione; 3) Relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
				<p>1) Report esito verifica credituali; 2) Report replegativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura  
 dott. Giovanni Brugo



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia		100	100	100			
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: dott. Giorgio Monesi							
Obiettivi Economici di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso diffeenza			
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report SICG 2) Verbali GIC	10	Peso comparto SAN 10	Peso comparto AT	10
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	10	10	10	
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di EBPM - eparine basso peso molecolare) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2017	Strutture aziendali	Trimestrale	Report GOCSS	10	10	10	
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	Costo EBPM per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Flusso CO e DD	10	10	10	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	1) Interventi chirurgici tumori prostata con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018 2) Interventi chirurgici tumori prostata con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018	1) > 90% 2) > 90%	s.c. Urologia; s.c. Oncologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	Luglio Novembre	Report SICG	10	10	10	
	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	10	10	10	

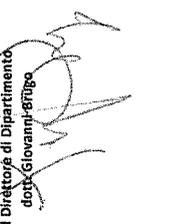
Handwritten signatures and initials: *lg*, *BR*, *AS*, and a large signature *A*.

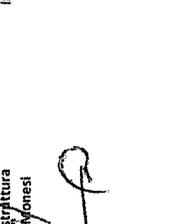


Dipartimento di Apprendimento e Cura						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenziale / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento di almeno una procedura/parcorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GOCCS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	10 / 10 / 10
Effettuare un audit clinico sui pazienti con tumore del rene (T1), sottoposti a intervento chirurgico (indicatore di outcome tra quelli monitorati dalla Rete Oncologica risultato "critico" per ASL NO)	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti con tumore del rene T1 sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati: % di pazienti operati con metodo "NEPHRON SPARING" rispetto al totale degli interventi chirurgici effettuati nei casi T1 c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) Implementazioni azioni di miglioramento	a) Entro il 30/06/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2018 c) Entro il 15/09/2018 d) Dal 1/10/2018	URO, GOCCS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 15/09/2018 d) 31/12/2018	a) Database compilato b) Report c, d) Relazione finale	10 / 10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) Procedura per l'applicazione della raccomandazione 8 3) N° raccomandazioni 17 applicate/totali "ricoveri" * 100 4) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 5) Partecipazione al gruppo di lavoro relativo alla definizione dei percorsi per paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018 3) ≥70% (rilevazione a campione) 4) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 5) 100% delle azioni previste	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Consulenti*; DMPO, UGR 3) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC 4) DSM*; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentate alle Direzioni Generali 3) Report FO 4) Procedura e proposta di delibera presentate alla Direzione Generale per la validazione	0 / 0
Dipartimento di Diagnostica e Cura						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenziale / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	10 / 10 / 10
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVUR	10 / 10 / 10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

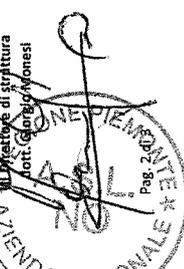
(\*\*) Spuntare e compilare in caso di doppio in trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.


  
 Il Direttore di Dipartimento  
 Dott. Giuseppe Fontana


  
 Il Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Arabella Fontana

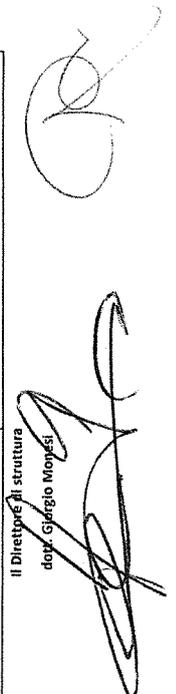

  
 Il Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Simona Rizzolo


  
 Il Direttore Generale  
 Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p><b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a)</b> Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; <b>1b)</b> Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; <b>2)</b> Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; <b>1b)</b> Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; <b>2)</b> Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; <b>1b)</b> Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; <b>2)</b> Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; <b>1b)</b> Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; <b>2)</b> Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p><b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione <b>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</b></p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; <b>2)</b> Partecipazione a incontri semestrali con RPC; <b>3)</b> Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; <b>4)</b> N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; <b>5)</b> Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; <b>2)</b> partecipazione &gt;= 1, incontro; <b>3)</b> Entro 31/12/2018; <b>4)</b> 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; <b>5)</b> 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; <b>2)</b> Verbali incontri - report presenze; <b>3)</b> Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); <b>4)</b> Relazione e verbali; <b>5)</b> Relazione</p>
	<p><b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi, alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; <b>2)</b> Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.pv; <b>3)</b> N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'ONV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; <b>2)</b> Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; <b>3)</b> Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; <b>2)</b> Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; <b>3)</b> Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p><b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); <b>2)</b> Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); <b>3)</b> Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; <b>4)</b> Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; <b>2)</b> 90%; <b>3)</b> 100%; <b>4)</b> Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla sssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; <b>2)</b> Relazione formazione; <b>3)</b> relazione SPP e formazioni; <b>4)</b> Relazione secondo format</p>
	<p><b>SISTEMA INFORMATIVO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dell'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; <b>2)</b> Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; <b>2)</b> Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali; <b>2)</b> Report riepilogativo azioni P0</p>

Il Direttore/la struttura  
dot. Giorgio Monesi




DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		Obiettivo Economico e di Attività			Peso		
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE; 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento	Quadrimestrale	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione	40	
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		Obiettivo di Appropriatezza e Qualità			Peso		
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa : - delle prestazioni ambulatoriali; - dei ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione); 3) tempi di attesa ricoveri; 4) tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017; 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017; 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017;	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	Quadrimestrale	1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SICG	30	
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		Obiettivo di appropriatezza e qualità			Peso		
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Report di sintesi del Direttore del Dipartimento	30	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



114

30 MAG. 2018

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia		100		100		0	
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		100		100		0	
RISULTATI ECONOMICI DELLA ATTIVITÀ									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti aziendali	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	1) Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) pari o superiore rispetto al 2017 2) >=90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	Trimestrale	1) Report S.I.N.F. 2) verbali GIC	20	20	0	
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2018 2) Consumo dispositivi medici 2018	<= 2017 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	Report GoCSS	20	10	0	
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	1) interventi chirurgici tumori utero con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2018; 2) interventi chirurgici tumori utero con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2018	1) > 90%; 2) > 90%	s.c. Ostetricia e ginecologia; s.c. Oncologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	Luglio Novembre	Report SICG	5	5	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	5	5	0	
Garantire l'esecuzione degli esami per lo screening per i tumori dell'utero cervice uterina in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP	1) N. esami erogati/totale esami programmati per lo screening *100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti; 2) Standard prefissati dalla Regione	GINE	Luglio; Novembre	Report	5	10	0	

9

sb

16

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, migliorare l'appropriatezza dell'evento parto e la tracciabilità	1) N° parti con cesareo primario/ N° parti con nessun progresso cesareo * 100; 2) Bilancio di Salute materno (fetale alla 36°-37° settimana)/totale dei parti * 100	1) Valore 2018 < 2017; 2) >=52%	s.c. Ostetricia e Ginecologia	Trimestrale	Report SIGC	10	10	0
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/parcorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) Percorso/procedura	•	0	0
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni/patologie critiche, tra quelle monitorate dagli indicatori del PNE, o - qualora non previste - individuate dalle strutture	Re-Audit clinico dopo implementazione azioni di miglioramento previste nell'audit condotto nel 2017, strutturato nelle seguenti fasi: a) Implementazioni azioni di miglioramento; b) raccolta dati; c) analisi dei dati; d) condivisione dei risultati con l'intera struttura	a) Entro il 30/09/2018 b) Raccolta ultimata entro il 31/10/2018; c) Entro il 15/12/2018 d) Entro il 31/01/2019	CHIR, NEFRO, NEURO, GINECO, GOCCS	a) 31/05/2018 b) 30/06/2018 c) 31/10/2018 d) 15/12/2018 e) 31/01/2019	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	5	5	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) recepimento procedura per l'applicazione della raccomandazione 6 e 16 nel percorso nascita 3) N raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri * 100	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma 2) Aggiornata secondo format aziendale e presentata al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018 3) >=70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) DMI** ; DMPO 3) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentate alla Direzione Generale per la validazione	10	10	0

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla Compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/SSD	10		0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVPU	10	25	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alle DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura ospedaliera in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dot. Giovanni Rizzo

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Sinjopetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dot. Adriano Gicciotto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 17, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP)	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo p.p.v; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' "emergenza (BLS-D; PBL; ALS); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OWI tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla asd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dot. Giovanni Ruspa





DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE									
STRUTTURA: s.c. Pediatria									
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa									
DIRETTORE: dott. Hailink Oscar Nis									
Obiettivo Economico e di Risparmio									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	35	0	0	
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2018 2) Consumo dispositivi medici: 2018	<= 2017 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	Report GoCSS	20	0	0	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report SICG	*	10	0	
Obiettivo di Applicazione e Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del Cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/parcorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 (Disturbi Comportamento Alimentare)	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10	25	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio; 2) N° raccomandazioni 17 applicate/totale ricoveri* 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma; 2) >=70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	Annuale	1) Relazione DMPO; 2) Report Farmacia Ospedaliera	5	10	0	
Accessi vascolari nel paziente pediatrico: adozione ed implementazione di istruzioni operative	1) Stesura delle istruzioni operative 2) Implementazione	1) Entro 31 luglio 2) Entro fine anno	Pediatria	1) 31/07/2018 2) 31/12/2018	1) Documento 2) Verbale	10	20	0	

Handwritten signatures and initials:

- Top right: "h"
- Middle right: "R"
- Bottom right: "s"



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	5	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	In personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVUR	5	25	0
Definire modalità di collaborazione tra SISP (servizio vaccinazioni) e servizi del Dipartimento Materno Infantile per il sostegno dell'allattamento al seno	Attuare quanto previsto dall'azione 4.3.1 del P.L.P	Secondo quanto definito dal gruppo di lavoro Promozione del setting sanitario	Pediatria, Sisp, NPI	31/07/2018 31/12/2018	Relazione	10	5	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Halilink Oscarinis

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Rodda

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simbonetta Rizzollo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVOP/ AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con APC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presente; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla f.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica creditenziali; 2) Report risaplogativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott. Hailink Oscar Nis

*[Handwritten signature]*

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile		100	100	100		
DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE FF: dott.ssa Brigatti Renata						
Obiettivo Economico e Efficienza								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigente		
						Peso comparto SAN		
						Peso comparto AT		
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Trimestrale	Report SICG	35	5	0
Realizzazione del progetto per i disturbi dello spettro autistico (finanziato con fondi regionali) incentrato sulla implementazione dell'offerta riabilitativa, ai sensi della DGR 2-4286 del 29/11/2016	N. azioni realizzate/N di azioni previste *100	100% delle azioni secondo le tempistiche previste nel cronoprogramma del progetto, eventualmente aggiornato secondo indicazioni della Regione	NPI	Luglio Novembre	Relazione al 31/12/2017	*	45	15
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni (in particolare dell'area riabilitativa)	Indice di performance di erogazione delle prestazioni di neuropsichiatria - prima visita	< 2017	NPI, Consultori	Trimestrale	Report SICG	10	15	10

RB

my

2

1

1



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	<p>1) Individuazione delle procedure/procorsi necessari, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo;</p> <p>2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso</p>	<p>1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018;</p> <p>2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 (Disturbi Comportamento Alimentare)</p>	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	<p>30/09/2018;</p> <p>31/12/2018</p>	<p>1) Cronoprogramma;</p> <p>2) Percorso/procedura</p>	10	5	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR ed in particolare: - Al fine di implementare ulteriormente la "Raccomandazione n°8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", aggiornare la procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori attualmente in essere e divulgazione attraverso corso di formazione; - Implementare la raccomandazione 17; - Formalizzare il Percorso Nascita rivisto nel corso del 2017	<p>1) Procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera</p> <p>2) Corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi</p> <p>3) Integrazione specifica tra ECVMed e Medtrak ai fini di consentire l'acquisizione dei documenti inviati in ospedale da parte dei MMG/PLS e viceversa</p> <p>4) Percorso nascita (revisione 2018)</p>	<p>1) Procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data</p> <p>2) Corso predisposto entro il 31/12/2018</p> <p>3) Entro il 31/12/2018 con supporto del CED</p> <p>4) Aggiornato secondo format aziendale e presentato al Vertice Direzionale con proposta di Delibera entro il 30/09/2018</p>	<p>1, 2) RSPP, funzione Medico Competente, ss Consultori***, GoCSS, ss Psicologia, DSM, UGR</p> <p>3) ss Consultori***, s.c. Farmacia Ospedaliera, DIMPO</p> <p>4) DMI</p>	<p>Annuale</p>	<p>1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale</p> <p>2) Microprogettazione corso e accreditalimento</p> <p>3) Relazione</p> <p>4) Percorso e proposta di Delibera</p>	5	5	0
Ridefinire i percorsi tra ASL NO - Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni per la gestione della presa in carico dei Minori in situazione di tutela e/o pregiudizio.	Accordo tra ASL NO - Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni sul percorso di presa in carico di Minori in situazione di tutela e/o pregiudizio	Aggiornamento entro 31/12/2018	SPS - NPI	Annuale	Accordo	10	5	15
Analizzare la casistica riferita alla SC NPI nel corso degli ultimi 12 mesi per la definizione di un modello di presa in carico tempestiva e appropriata del minore e della sua famiglia, da applicare in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale	Audit organizzativo su una criticità individuata	Entro 31/12/2018	NPI e figure professionali coinvolte (es. psicologi), GoCSS	Annuale	Relazione audit	15	5	40

RB

4

Handwritten initials and marks.



Obiettivo di Promozione e Sviluppo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015 - Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	5	5	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVRU	5	5	5	
Definire modalità di collaborazione tra SISP (servizio vaccinazioni) e servizi del Dipartimento Materno Infantile per il sostegno dell'allattamento al seno	1) Predisposizione percorso Pediatria/Sisp per il monitoraggio dell'allattamento al 5° mese di vita e pianificazione azioni di supporto 2) N. bambini monitorati/totale dei bambini che si presentano per la vaccinazione * 100	1) Entro il 31/07/2018; 2) > 95%;	Pediatria, Sisp, NPI	31/07/2018; 31/12/2018	1) Procedura; 2) Report 3) Report	5	5	0	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore FF di struttura  
dott.ssa Brigatti Renata

*Renata Brigatti*

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giovanni Ruspa

*Giovanni Ruspa*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzollo

*Simona Rizzollo*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

*Adriano Giacometto*



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP, AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CONL. 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano Partecipazione e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Note, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report triplilogativo azioni FO

Il Direttore FF di struttura

dott.ssa Brigatti Renata

*Renata Brigatti*



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		Obiettivi Specifici di Attività					100
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	
<p>Monitorare la redazione e l'applicazione dei piani aziendali per la promozione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Locale di Prevenzione (PLP);</li> <li>- Pansa</li> <li>- Piano Annuale di Educazione alla Salute</li> </ul>	<p>1) PLP e PAISA predisposti;            2) n azioni realizzate/totale delle azioni previste *            100 (PAISA e PLP);            3) rendicontazione del PLP e del PAISA;            4) Piano di Educazione alla Salute predisposto;            5) Rendicontazione del Piano di Educazione alla salute</p>	<p>1) entro i tempi indicati dalla Regione;            2) 100%;            3) effettuata con le modalità ed i tempi previsti dalla Regione;            4) con le modalità e i tempi definiti dalla Regione;            5) entro i tempi definiti dalla Regione</p>	<p>tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione, DPD, DMPO</p>		<p>1) PLP;            2,3) rendicontazione PLP;            4) Piano Annuale di Educazione alla Salute;            5) Rendicontazione Piano Annuale di Educazione alla Salute</p>	20	
<p>Promuovere in sintonia con il Direttore Sanitario l'attività del Tavolo di Coordinamento della "Governance"</p>	<p>Organizzare e partecipazione agli incontri programmati</p>	90%	<p>Direttore Dipartimento Prevenzione</p>		<p>Verbali</p>	10	
<p>Individuare e promuovere possibili sinergie con altre Strutture Sanitarie al fine di sviluppare una rete organizzativa che possa implementare attività consolidate e innovative nell'ambito della prevenzione e favorire la valorizzazione dei dati, la promozione della salute e la comunicazione</p>	<p>1) n° riunioni atavolo interaziendale a cui si è partecipato/tot</p>	<p>1) &gt;=80%</p>	<p>Dipartimento Prevenzione</p>	<p>Annuale</p>	<p>1) verbali</p>	10	

Handwritten signatures and initials:

- A large signature at the top right.
- Initials "PS" in the middle right.
- A signature with a checkmark below "PS".

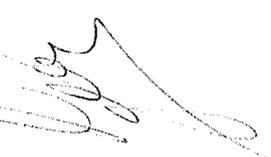


Obiettivo di monitoraggio e Quantità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) incontri di Dipartimento, 2) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE; 2) entro il 31/12/2018	tutte le strutture del Dipartimento	quadrimestrale	1) verbali riunioni; 2) relazione; 3) relazione	30
Obiettivo di monitoraggio e Quantità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.NAC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Report di sintesi del Direttore del Dipartimento	30

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Gianfranco Zulan



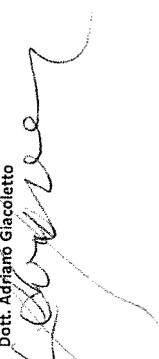
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Sirionetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto




DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Legale		100		100		100						
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian		Peso di diligenza		Peso comparto SAN		Peso comparto AT						
Descrizione		Indicatore		Target (Standard)		Strutture coinvolte		Tracking di monitoraggio		Documenti attesi				
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018		Budget assegnato 2018		<= Budget assegnato 2018***		Ordinatori di spesa		30/06/2018; 30/09/2018		Report CdG		35	10	10
Svolgere le attività di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile - handicap - disabilità, nell'ottica di una gestione integrata ASI/INPS, attraverso visite mediche e valutazioni congiunte, con utilizzo di strumenti informativi secondo indicazione nazionale e regionale e dando attuazione al percorso del paziente che richiede visita a fini certificativi (invalidità, accompagnamento, 104), in condivisione con INPS/patronati, specialisti Neurologi e Geriatri, Distretti, MMG.		1) Avvio della sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti 2) Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e domiciliari con particolare attenzione per la L.90/2006;		1) Da maggio 2018 a seguito sottoscrizione accordo ASI-NO-MMG-INPS 2) =2017 e comunque entro lo std regionale		Distretti (specialisti neurologi e geriatri; UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale MMG INPS/patronati		1) Maggio 2018 2) Annuale		1) Accordo sottoscritto dalle parti 2) Rendicontazione		10	10	10
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018		1) Piano dei controlli della Commissione di vigilanza, 2) N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100		1) Definizione del piano dei controlli congiuntamente ad ACEP e approvato dal Tavolo dei direttori di distretto entro il 30/04/2018, 2) Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%		Distretti, ACEP, SIS, STP, ML, DIPsa		Maggio; Novembre		1) piano; 2) Relazione		10	10	10

*[Handwritten signatures and initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto CAT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; sd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10	5	5
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR ed il programma annuale di attività del CGS. In particolare alla luce delle ultime disposizioni di legge - con particolare riferimento alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) - aggiornare la procedura per l'acquisizione del consenso informato e predisporre un corso di formazione relativo a tali tematiche	1) Partecipazione alle attività connesse con il CGS e con l'UGR aziendale 2) Procedura per l'acquisizione del consenso informato; 3) Corso predisposto ed accreditato	1) 90% 2) Procedura aggiornata, secondo format aziendale, entro il 31/12/2018; 3) Entro il 31/12/2018	s.c. Medicina Legale; strutture partecipanti UGR; DIMPO; s.c. ALLCAT	Annuale	Rendicontazione	10	5	5
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) per quanto di competenza	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	Strutture coinvolte nel PLP	Annuale	Rendicontazione del PLP	10	5	5

Descrizione	Indicatore	Target (standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	5	5
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	45	45
Collaborare con ssd GoCCSS al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuovo, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAM, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Annuale	Schede revisionate e pubblicate	5	5	5
Nell'ambito del programma annuale di attività CGS rimodulare e ridefinire l'attività	1) Redazione delle perizie medico legali preventive richieste da CGS; 2) Proposta rimodulazione CGS	1) 100% delle perizie pervenute entro il 15/09/2018; 2) Entro il 31/12/2018	ML	1) 15/09/2018 31/12/2018	1) Rendiconto 2) Progetto	*	0	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Strutture capillarità in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Arabella Fontana

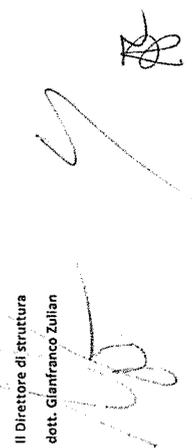
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simionetta Rizzollo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE. 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente di incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenza rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 84 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbal Incontro - report presenza; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppi; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GOCCS con indicazione nominativi; 3) Verbal
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Gianfranco Zulian






Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparato SAN	Peso comparato AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/issd	20	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	10	30	30

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila, in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di struttura  
dot.ssa Silvana Pittolo



Il Direttore di Dipartimento  
dott. Gianfranco Zullian



Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simbretta Rizzello



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/giure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1. incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del compagno; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo ppa; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' "emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Direttore di struttura

dott.ssa Silvana Pittolo

*[Handwritten signature]*

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale		100		100		100	
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: dott. Franco Tinelli		Peso dirigenza		Peso comparto SAN		Peso comparto AT	
Obiettivi Economici e di Mercato									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), - identificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100	1) >= 90% 2) >= 90%	Strutture coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	Annuale	1) Rendicontazione del PLP 2) Rendicontazione PAISA	*	50	40	
Obiettivi di Sicurezza e di Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	20	0	20	
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31.12.2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	31.12.2018	Report di audit	20	10	10	
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 883/2004	Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Annuale	Relazione	20	10	0	
Collaborare con ssd GoCSS, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici;	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	43465	Schede revisionate e pubblicate	10	0	0	

Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page, including a large signature at the top right and several smaller initials below it.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.I.A.C n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	20	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10	30	30

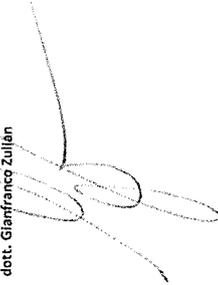
(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
dott. Franco Tinelli



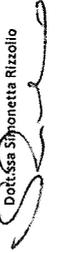
Il Direttore di Dipartimento  
dott. Gianfranco Zullian



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

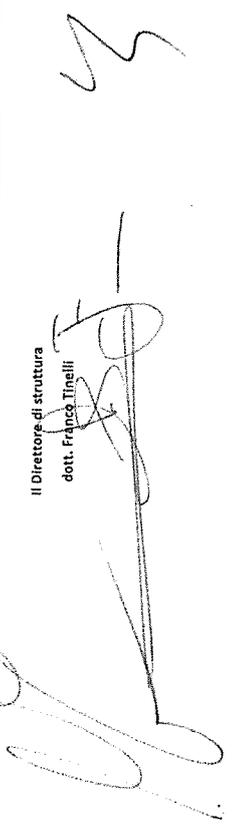


Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire, con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con APC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presente; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL5, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'ODV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla Ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Franco Tinelli




DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche		100		100		100	
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian		Dirigente responsabile: dott. Pierluigi Rattone		Peso dirigenza		Peso comparto SAN		Peso comparto AT	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	Strutture coinvolte nei PLP e nel PRISA/PAISA	Annuale	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	*	50	40	
<b>Obiettivi di Aggregazione e Audit</b>									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali, ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	20	0	20	
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31/12/2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	31/12/2018	Report di audit	20	10	10	
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 853/2004	Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Annuale	Relazione	20	10	0	
Collaborare con ssd GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Annuale	Schede revisionate e pubblicate	10	0	0	
<b>Obiettivi di Aggregazione e Audit</b>									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC.n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	20	0	0	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	10	30	30	

(\*) obiettivi strategici di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.



Il Dirigente responsabile  
dott. Pierluigi Rattone

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Anabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzollo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacolletto

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018; 2) Preposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni rievute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla sssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Report del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Dirigente responsabile  
dot. Pierluigi Rattone

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE				100	100	100
STRUTTURA: s.c. igiene alimenti di origine animale e loro derivati						
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian						
DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	strutture coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	Annuale	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	50 / 40
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	20 / 0 / 20
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31/12/2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	31/12/2018	Report di audit	20 / 10 / 10
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 883/2004	Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31.12.2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Annuale	Relazione	20 / 10 / 0
Collaborare con ssd GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Annuale	Schede revisionate e pubblicate	10 / 0 / 0

so

Handwritten signatures and initials.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	20	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	In personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	10	30	30

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.635 del 27.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Strutture capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di struttura  
dott. Maurizio Roceri

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Gianfranco Zulan

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simbonetta Rizzello

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE. 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione ai incontri semestrali con RFC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1; incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verballi; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo p.pv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBLs, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verballi; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche creditenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica creditenziali; 2) Report Report riplegativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dot. Maurizio Rocci

S

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE									
STRUTTURA: s.c. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica									
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian									
DIRETTORE: dott. Aniello Esposito									
Obiettivi Economici e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	Strutture coinvolte nel PLP	Annuale	Rendicontazione del PLP	20	25	20	
Applicare il Piano locale vaccinzioni, in sintonia con la normativa nazionale (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale) e con le indicazioni regionali.	1) Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base a 24 mesi); 2) Copertura vaccinale nei bambini (IMPR 1° dose)	1, 2) standard previsto dai PNV e dai PRV	SISP	Semestrale	1, 2) report SISP	20	25	20	
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP, DiPsa (RSA e strutture private) ssd Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP; ML (strutture private)	Semestrale	Relazione	5	5	5	
Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	1) N. azioni previste dal Piano aziendale/totale azioni previste * 100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti; 2) Standard prefissati dalla Regione	UVOS	Luglio Novembre	Report	10	5	15	

Handwritten signatures and initials.



Obiettivi di Appropriatazza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso con particolare riferimento alla riconversione dell'attività dell'area igienistica attualmente gestiti dai DAS	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GOCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10 / 10 / 10
Nell'ambito del programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, verificare l'attuazione della procedura per la prevenzione rischio cadute in RSA	Relazione sull'attività di vigilanza	entro il 31/12/2018	SISP, UGR	Semestrale	Relazione	5 / 5 / 5
Collaborare con ssd GOCSS al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spressi, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Annuale	Schede revisionate e pubblicate	5 / 5 / 5
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5 / 0 / 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVRU	10 / 10 / 10
Definire modalità di collaborazione tra SISP (servizio vaccinazioni) e servizi del Dipartimento Materno Infantile per il sostegno dell'allattamento al seno	Attuare quanto previsto dall'azione 4.3.1 del PIP	secondo quanto definito dal gruppo ad lavoro Promozione del setting sanitario	Pediatria, Sisp, NPI	31/07/2018 31/12/2018	relazione	10 / 10 / 10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dott. Anello Esposito

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Giampaolo Zullian

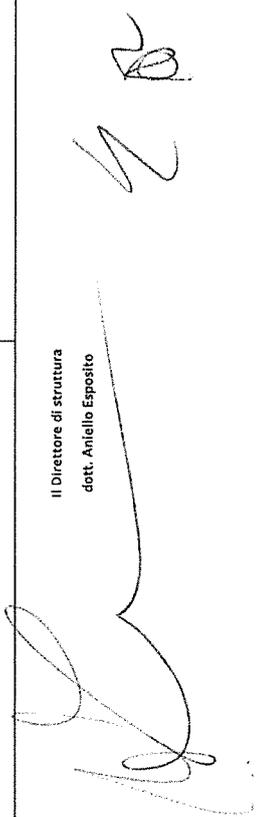
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simmetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali: relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018; 2) Predispizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità                      TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni /ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenza da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbal incontri - report presenza; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbal</p>
	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBLIS, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche crediti; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura  
 dott. Aniello Esposito




STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro

DIRETTORE: dott.ssa Ivana Cucco

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Gianfranco Zullian		100	100	100
OBIETTIVI ESPECIFICI E PRIORITY						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	Strutture coinvolte nel PLP	Annuale	Rendicontazione del PLP	50 / 50 / 50
Garantire la formazione, sia in modalità FAD che residenziale; a) ai dirigenti e preposti sui rischi occupazionali a seguito dell'aggiornamento della valutazione sulla base dei criteri definiti dal decreto legislativo 81/2008; b) anticipando per gestione rischio elevato, con la partecipazione del VV.FF	1+2) n. corsi realizzati / totale dei corsi programmati * 100	1-2) 100% entro il 31/12/2018	Medico competente; SPP; SPRESAL; GOCCS	Annuale	Microprogrammazione corsi e accreditamento	10 / 0 / 0
OBIETTIVI ESPECIFICI E PRIORITY						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma, 2) percorso/procedura	20 / 0 / 20
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata all'attività di vigilanza in edilizia	1) Gruppo di lavoro per l'analisi critica dell'attività svolta nei cantieri edili 2) Rielaborazione delle istruzioni operative per la vigilanza nei cantieri edili	Verifica dati attività dell'ultimo triennio	SPRESAL	Semestrale	1) Verbali incontri gruppi di lavoro 2) Nuova istruzione operativa	10 / 10 / 0
Concorrere al monitoraggio del percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio (DGR n. 29-2328 del 26/10/2015)	Report di valutazione dell'attuazione del percorso aziendale con rilevazione delle criticità e proposte di revisione/aggiornamento	Entro la fine dell'anno 2018	MC, Laboratorio, SerT, Alcologia, Spresal	Annuale	Report	10 / 0 / 0



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso differenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/responsabile sc/ssd	20	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	10	20	30
Collaborare con ssd GoCSS al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Annuale	Schede revisionate e pubblicate	10	0	0
Progetto sperimentale di costruzione di una rete WHP nel territorio novarese	Attuazione fase sperimentale del progetto rete WHP Novara	Tre aziende coinvolte	SPRESAL	Semestrale	Rendicontazione attuazione progetto	10	20	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.025 del 23.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Ivana Cucco

Il Direttore di Dipartimento  
dott. Gianfranco Zuljan

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</b> 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle Indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenza; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	<b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  <b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	<b>SISTEMA INFORMATIVO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PD

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Ivana Cucco

*[Handwritten signatures and initials]*



STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero									
DIRETTORE: dott.ssa Daniela Kozel									
Obiettivo di competenza e di qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018 30/09/2018	Report CdG	35	10	10	100
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2017	DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione, s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Luglio Novembre	Report DMPO	5	10	10	10
Stesura, per quanto di competenza del Piano Acquisizione 2019-2021	Elenco Acquisizioni 2018, Piano Acquisizione 2019-2021	Entro 30/11/2018	DMPO, SICG, STP, SEF	Annuale	Delibera Piano Acquisizione	5	10	10	10
Obiettivo di competenza e di qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Supportare la sc Cardiologia nell'effettuazione dell'audit clinico organizzativo sui pazienti con IMA-STEMI che giungono all'Ospedale di Borgomanero	Audit clinico e organizzativo	Entro 30/06/2018	s.c. Cardiologia; s.c. MeCAU; DMPO; GOCSS	30/06/2018	Relazione	10	10	10	10
Accreditamento Istituzionale P.O. Borgomanero	Rispetto delle Tempistiche Regionali	Tempistiche Regionali	DMPO e strutture P.O. Borgomanero	Semestrale	Documenti accreditamento	*	10	10	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018	Redazione e realizzazione programma ICA 2018	Entro 31/12/2018	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, strutture territoriali di pertinenza	Semestrale	Programma ICA 2018	10	10	10	10

Handwritten marks and signatures, including a large 'S' and a signature.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dipendenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64321/2018	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/sad	10	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPV RU	10	20	20
Implementazione software: a) CUP Regionale b) Medtrak ambulatoriale	a) secondo tempistica Regionale b) Secondo programmazione condivisa con Servizio Informativo	Rispetto della programmazione	DMPO, Servizio Informativo e Controllo di Gestione	Semestrale	Nota di avvio	10	10	10
Rivedere i percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico nelle specialità attive in Ospedale a Borgomanero - in elezione o in urgenza - e definire la corretta modalità operativa per l'esecuzione di procedure anestesiologiche in età pediatrica, in modo da garantire competenza professionale ed organizzazione nella massima sicurezza, efficacia ed efficienza, riducendo i rischi e le complicanze	1) Istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare 2) Ricerca bibliografica delle procedure EBM per anestesia in età pediatrica 3) Percorsi del paziente pediatrico che necessita di intervento chirurgico	1) Direzione Medica Ospedaliera; Anestesia e Rianimazione; MeCAU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica 2) Entro 31/05/2018 3) Stesura entro 30/09/2018 del percorso per ciascuna specialità dell'area chirurgia (ORL, Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia, Urologia, Oculistica) e condivisione interaziendale con l'AOU Maggiore della Carità di Novara	Direzione Medica Ospedaliera(**); Anestesia e Rianimazione; MeCAU; Pediatria; ORL; Ortopedia-Traumatologia; Chirurgia; Urologia; Oculistica	30/06/2018 31/12/2018	1) Formalizzazione gdl 2) Bibliografia ragionata 3) Percorsi per specialità	5	10	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendere equivalente al budget consumato nel 2017.

Il Direttore di struttura  
dott.ssa Daniela Mozzi

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale  
dott. Adriano Giroleto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SV/DIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCN 09/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle Indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenza da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) 31/12/2018; 4) 100%; nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbal incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controlfirma p.pv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbal
		1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBLIS, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO



Il Direttore di Struttura  
dot.ssa Baniella Crizi



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerT		100	100	100
DIRETTORE: dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE: dott. Liborio Martino Cammarata		Peso diffeerenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Obiettivo Economico del Budget		Obiettivo Economico del Budget				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso comparto AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	Luglio; Novembre	Report Controllo di gestione	35
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	strutture coinvolte nel PLP	31/01/2019	Rendicontazione del PLP	10
Mantenere stabile il numero di utenti che afferiscono alla s.c. Ser.T	N. utenti in carico alla s.c. Ser.T. anno 2018 vs anno 2017	mantenimento standard anno 2017 + 5%	s.c. Ser.T.; s.s. Alcologici; CTT; Ambulatorio GAP	31/01/2019	Estrazione dati da HTH	*
<b>Obiettivo di Qualità del Budget</b>						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffeerenza
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	tutte le strutture aziendali: ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, SpreSal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale; s.s. Alcologia	31/01/2019	Schede revisionate e pubblicate	10
Aumentare la conoscenza, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei pazienti TD/AD sulle possibilità di trattamento dell'infezione da Epatite C	Counseling pre-test e post-test HCV ai pazienti TD/AD che comprenda anche le informazioni sui trattamenti disponibili	>= 90% dei paz. TD/AD in carico e non noti per HCV	Strutture DPD (s.c. Ser.T. e s.s. Alcologici), sedi di N./T./A./B.	31/01/2019	Relazione annuale, comprensiva di modello di scheda informativa per il paziente	10
Concorrere al monitoraggio del percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nella attività lavorativa a rischio infortunio (DGR n. 29-2528 del 26/10/2015)	report di valutazione dell'attuazione del percorso aziendale con rilevazione delle criticità e proposte di revisione/aggiornamento	entro la fine dell'anno 2018	MC, Laboratorio, Alcologia, SpreSal	annuale	report	10




Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	in personale valutato/totale personale da valutare + 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	30	35
Consolidare la presenza territoriale del CTT aziendale attraverso la pubblicazione della possibilità di accesso al CTT Area Nord (Arona e Borgomanero).	1) informativa; 2) N. di pazienti tabagisti afferiti al CTT area Nord	Informativa ai MMG/PLS e Strutture ospedaliere sulle modalità di accesso al Servizio	CTT Area Nord (sedi di Arona e Borgomanero)	1) 31/05/2018; 2) 31/01/2019	Relazione annuale comprensiva del modello di informativa utilizzata.	5	10	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dot. Liborio Marino Cammarata

Il Direttore di Dipartimento  
dot. Liborio Marino Cammarata

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

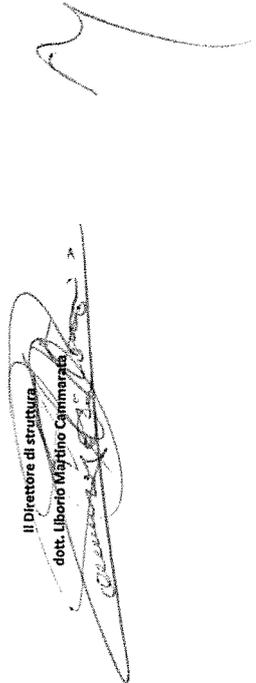
Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dot. Auliano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favore la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favore la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget, segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per insierire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riapporto azioni PO	

Il Direttore di struttura  
dot. Liborio Martino Cammarata



*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		100	
DIRETTORE: dott.ssa Paola Bossi			
Obiettivi Economici e di attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa
Tracking di monitoraggio: 30/06/2018 - 30/09/2018			
Documenti attesi: Report CdG			
Peso dirigenza: 40			
Obiettivi di Appropriatazza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento
Tracking di monitoraggio: Quadrimestrale			
Documenti attesi: 1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione			
Peso dirigenza: 30			
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali
Tracking di monitoraggio: Luglio - Novembre			
Documenti attesi: Report di sintesi del Direttore del Dipartimento			
Peso dirigenza: 30			

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Paola Bossi

*Paola Bossi*

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simbonetta Rizzolio

*Simbonetta Rizzolio*

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacolello

*Adriano Giacolello*



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Centro Salute Mentale Arona		100	100	100
DIRETTORE: dott.ssa Paola Bossi		Dirigente responsabile: dott. Ettore Quadrio				
Obiettivo Strategico di Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 prestazioni di ricovero ambulatoriali e PS non seguito da ricovero	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture aziendali interessate	Trimestrale	Report SIGG	25 / 15 / 0
Omnogeneizzare, sistematizzare ed adeguare il Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" secondo le norme dettate dalla DGR 22/2015 su "Percorsi di attivazione sociale sostenibile a supporto delle fasce deboli (P.A.S.S.)"	Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" e proposta di delibera	Regolamento redatto e inviato con proposta di delibera alla Direzione Generale per approvazione, entro il 30/11/2018	Tutte le strutture del DSM, AILCAT	30/11/2018	Regolamento e proposta di delibera	20 / 15 / 50
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30-1517/2015 e s.m.i.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità	1) Predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accreditamento 2) Implementare l'applicazione delle nuove modalità	1,2) Secondo il cronoprogramma regionale	DSM, ACEP	Annuale	Relazione	20 / 10 / 5
Appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo medio per abitante asl Novara vs costo medio per abitante regione Piemonte	Costo ASL <= Costo Regione	Psichiatria area nord e area sud, CSM Arona	Semestrale	Flusso File F	10 / 0 / 0

7

8

Stor

luh

B

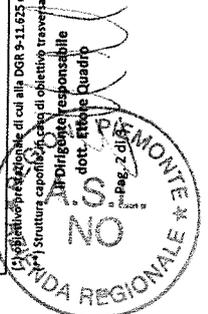
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento/Definizione di almeno due procedure/percorsi e in particolare: a) la procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOUJ), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dal 118; b) Definizione del percorso del paziente con disturbo comportamentale acuto (paziente che presenta anomalie del comportamento ed agitazione psicomotoria) da condividere con AOU Maggiore della Carità di Novara e applicare nei DEA del territorio	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documenti aggiornati/definiti da gruppi di lavoro ad hoc (Psichiatria-DEA-reparti ospedalieri - territorio), secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali: ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura con proposta di delibera	•	5	0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera 2) Corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 4) Relazioni periodiche sulla validazione del rischio stress lavoro-correlato sulle strutture a maggior criticità	1) Procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data 2) Corso predisposto entro il 31/12/2018 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) Almeno su due strutture a maggior criticità	1. 2) RSPF, funzione Medico Competente, ss Consultori**, GoCSS, ssd Psicologia, DSM 3) DSM**; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO 4) DSM, ssd Psicologia; Medico Competente	Annuale	1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale 2) Microprogettazione corso e accreditamento 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	15	10	0
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018. In particolare per favorire la compilazione di tale modulistica, AGENAS ha predisposto un apposito box «PNA - Sanità» al link <a href="http://pna-sanita.agenas.it/">http://pna-sanita.agenas.it/</a> . Ogni professionista indicato dall'Azienda (Direttore e responsabile di sc, ssd, ss) riceverà le credenziali per accedere all'applicativo di compilazione web della modulistica e dovrà provvedere alla compilazione	Utenti che hanno terminato la compilazione/Utenti abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/responsabile sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPVURU	5	45	45

\*) Obiettivo di valutazione di cui alla DGR 9-11.025 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato - agli obiettivi sopra indicati.  
\*\*) Struttura esonera da obbligo di trasparenza e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dot.ssa Paola Bossi

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verballi incontri - report presenze; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppy; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verballi
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riapplicativo azioni PO

Il Dirigente responsabile

dot. Ettore Quadrio



114

30 MAG. 2018

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord		100	100	100
DIRETTORE: dott.ssa Paola Bossi		Direttore: dott. Giorgio Castignoli				
Obiettivi Economici ed attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti artesi	Peso dirigente / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 prestazioni di ricovero abulatoriali e PS non seguito da ricovero	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture aziendali interessate	Trimestrale	Report SICG	25 / 15 / 0
Omoogeneizzare, sistematizzare ed adeguare il Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" secondo le norme dettate dalla DGR 22/2015 su "percorsi di attivazione sociale sostenibile a supporto delle fasce deboli (P.A.S.)"	Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" e proposta di delibera	Regolamento redatto e inviato con proposta di delibera alla Direzione Generale per approvazione, entro il 30/11/2018	Tutte le strutture del DSM, AILCAT	30/11/2018	Regolamento e proposta di delibera	20 / 15 / 50
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30-1517/2015 e s.m.l.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità	1) Predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accreditamento 2) Implementare l'applicazione delle nuove modalità	1,2) Secondo il cronoprogramma regionale	DSM, ACEP	Annuale	Relazione	20 / 10 / 5
Appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo medio per abitante asl Novara vs costo medio per abitante regione Piemonte	Costo ASL <= Costo Regione	Psichiatria area nord e area sud, CSM Arona	Semestrale	Flusso File F	10 / 0 / 0

PK  
S  
B  
S



Obiettivo di Programmazione 4.3.1.1						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento/Definizione di almeno due procedure/percorsi e in particolare: a) la procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOU), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dal 118; b) Definizione del percorso del paziente con disturbo comportamentale acuto (paziente che presenta anomalie del comportamento ed agitazione psicomotoria) da condividere con AOU Maggiore della Carità di Novara e applicare nel DEA del territorio	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documenti aggiornati/definiti da gruppi di lavoro ad hoc (Psichiatria-DEA-reparti ospedalieri - territorio), secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ss GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura con proposta di delibera	5 0
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera 2) Corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnesante" dei comportamenti aggressivi 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 4) Relazioni periodiche sulla valutazione del rischio stress lavoro-correlato sulle strutture a maggior criticità	1) Procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data 2) Corso predisposto entro il 31/12/2018 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) Almeno su due strutture a maggior criticità	1. 2) RSP, funzione Medico Competente, ss Consultori** GoCSS, ss Psicologia, DSM 3) DSM**, s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO 4) DSM, ss Psicologia; Medico Competente	Annuale	1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale 2) Microprogettazione corso e accreditamento 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione	15 10 0
Obiettivo di Programmazione 4.3.1.2						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018. In particolare per favorire la compilazione di tale modulistica, AGENAS ha predisposto un apposito box «PNA - Sanità» al link <a href="http://pna-sanita-agenas.it/">http://pna-sanita-agenas.it/</a> . Ogni professionista indicato dall'Azienda (Direttore e responsabile di sc, ssd, ss) riceverà le credenziali per accedere all'applicativo di compilazione web della modulistica e dovrà provvedere alla compilazione	Utenti che hanno terminato la compilazione/Utenti abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5 0 0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPRU	5 45 45

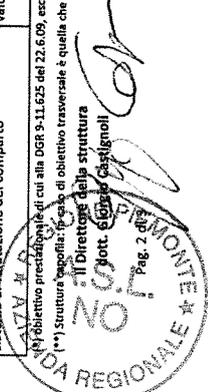
(\*) Obiettivo prioritario di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso del peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizziolo

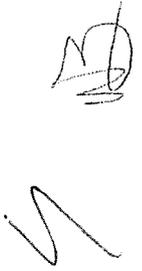
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

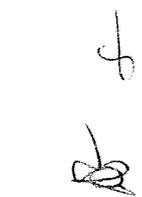


Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascuna Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predispizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbalizzati incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVolvimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20/totali operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalizzati incontri  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) Relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore della struttura

Dott. Giorgio Castinelli






DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud		100		100		100	
DIRETTORE: dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE: dott.ssa Paola Bossi							
Obiettivo economico e di attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 prestazioni di ricovero ambulatoriali e PS non seguito da ricovero	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture aziendali interessate	Trimestrale	Report S/CG	25	15	0	
Omogeneizzare, sistemizzare ed adeguare il Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" secondo le norme dettate dalla DGR 22/2015 su "Percorsi di attivazione sociale sostenibile a supporto delle fasce deboli (P.A.S.S.)"	Regolamento del DSM circa l'erogazione di "Borse Lavoro e Assegni terapeutici" e proposta di delibera	Regolamento redatto e inviato con proposta di delibera alla Direzione Generale per approvazione, entro il 30/11/2018	Tutte le strutture del DSM, AILCAT	30/11/2018	Regolamento e proposta di delibera	20	15	50	
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30-1517/2015 e s.m.i.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità	1) Predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accreditamento 2) Implementare l'applicazione delle nuove modalità	1,2) Secondo il cronoprogramma regionale	DSM, ACEP	Annuale	Relazione	20	10	5	
Appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo medio per abitante asl Novara vs costo medio per abitante regione Piemonte	Costo ASL <= Costo Regione	Psichiatria area nord e area sud, CSM Arona	Semestrale	Flusso File F	10	0	0	

9

PK

PK

8



Obiettivo di Apprendimento Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
<p>Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017</p>	<p>1) Rivisitazione delle procedure/persone in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento/Definizione di almeno due procedure/persone e in particolare: a) la procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOU), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dai 118; b) Definizione del percorso del paziente con disturbo comportamentale acuto (paziente che presenta anomalie del comportamento ed agitazione psicomotoria) da condividere con AOU Maggiore della Carità di Novara e applicare nel DEA del territorio</p>	<p>1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documenti aggiornati/definiti da gruppi di lavoro ad hoc (psichiatria-DEA-reparti ospedalieri-territoriali), secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018</p>	<p>Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS</p>	<p>30/09/2018 31/12/2018</p>	<p>1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura con proposta di delibera</p>	<p>5 / 0</p>
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza</p>	<p>1) Procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera 2) Corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi 3) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 4) Relazioni periodiche sulla valutazione del rischio stress lavoro-correlato sulle strutture a maggior criticità</p>	<p>1) Procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data 2) Corso predisposto entro il 31/12/2018 3) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard legiscan e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 4) Almeno su due strutture a maggior criticità</p>	<p>1, 2) RSPP, funzione Medico Competente, ss Consultori*, GoCSS, ssd Psicologia, DSM 3) DSM**, s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO 4) DSM, ssd Psicologia; Medico Competente</p>	<p>Annuale</p>	<p>1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale 2) Microprogettazione corso e accreditamento 3) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione</p>	<p>15 / 10 / 0</p>
Obiettivo di Impatto e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati	Peso dirigenza / Peso comparto SAN / Peso comparto AT
<p>Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018. In particolare, AGENAS ha predisposto un apposito box «PNA - Sanità» al link <a href="http://pna-sanita.agenas.it/">http://pna-sanita.agenas.it/</a>. Ogni professionista indicato dall'Aziende (Direttore e responsabile di sc. ssd, ss) riceverà le credenziali per accedere all'applicativo di compilazione web della modulistica e dovrà provvedere alla compilazione</p>	<p>Utenti che hanno terminato la compilazione/Utenti abilitati alla compilazione</p>	<p>100%</p>	<p>Tutte le strutture aziendali</p>	<p>Luglio Novembre</p>	<p>Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd</p>	<p>5 / 0 / 0</p>
<p>Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto</p>	<p>N personale valutato/totale personale da valutare * 100</p>	<p>95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione</p>	<p>Tutte le strutture aziendali</p>	<p>30/06/2018 31/12/2018</p>	<p>Report GPVIRU</p>	<p>5 / 45 / 45</p>

(\*) Obiettivo prioritario di cui alla DGR n.11.675 del 22.6.09, escluso del peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

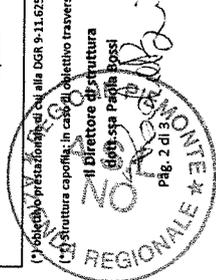
(\*\*) Strutture capofila, in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Paola Bossi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente con incarico di struttura semplice; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adezione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e caricata sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attenzione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, velutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget, segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di concreto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report rieligativo azioni PO



Il Direttore di struttura  
dott.ssa Paola Bossi

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE									
STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero									
Direttore del Dipartimento: dott.ssa Paola Bossi									
Obiettivi Economici e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018 prestazioni di ricovero ambulatoriali e PS non seguito da ricovero	Pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture aziendali interessate	Trimestrale	Report SICG	30	30	0	
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2018 2) Consumo dispositivi medici 2018	<= 2017 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	Report GoCSS	25	25	0	
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo 2) Aggiornamento/Definizione di almeno due procedure/percorsi e in particolare: a) la procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOU), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dal 118; b) Definizione del percorso del paziente con disturbo comportamentale acuto (paziente che presenta anomalie del comportamento ed agitazione psicomotoria) da condividere con AOU Maggiore della Carità di Novara e applicare nel DEA del territorio	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018 2) Documenti aggiornati/definiti da gruppi di lavoro ad hoc (Psichiatria-DEA-reparti ospedalieri - territorio), secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura con proposta di delibera	*	0	0	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo della infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2018 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) Predisposizione procedura per l'applicazione della raccomandazione 4 presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero 3) N raccomandazioni 17 applicate/totali ricoveri* 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) Entro il 31/12/2018 procedura redatta, secondo lo standard regionale e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale per la validazione 3) >=70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) DSM**; s.c. Medicina; s.c. Chirurgia Generale; s.c. Oncologia; s.c. Neurologia; s.c. Urologia; DMPO 3) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	Annuale	1) Relazione DMPO 2) Procedura e proposta di delibera presentate alla Direzione Generale per la validazione	30	0	0	

Handwritten signatures and initials: a large 'S' at the top, 'AB' in the middle, and 'S' at the bottom right.



Obiettivo di promozione e sviluppo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6424/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	10	0	0	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018 31/12/2018	Report GPRU	5	45	0	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 27.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Dirigente Il Direttore del Dip  
dott.ssa Paola Bossi



Il Direttore di Dipartimento  
dott.ssa Paola Bossi



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Silvanetta Rizzollo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/ totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/ totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% controllo a campione/ segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali Incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, note attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante del governo della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/ totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; ALS); n. operatori formati/ totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/ totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/ nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riapplicativo azioni PO



Dirigente Il Direttore del Dip  
dott.ssa Paola Bossi

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie						
DIRETTORE: dott.ssa Marinella Alberganti						
Obiettivi Economici e di Risparmio						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza Peso comparto SAN Peso comparto AT
Monitoraggio della turnistica in ottemperanza al Dgs 161/14 recepimento L66/2003	Schede giustificative di scostamento	Rilavazione mensile	DIPsa, Strutture h24; h12; servizi	Mensile	Report specifico per singola area: - ospedaliere; - territoriale; - prevenzione	100 100 0
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP (RSA e strutture private) ssa Santa Penitenziaria (RSA) ACEP; MI; DIPSA (strutture private)	Semestrale	Relazione	0 0 0
Collaborare per quanto di competenza all'implementazione del sistema di Valutazione	1) Definizione-informazione Valutatori-Valutati 2) n. personale valutato/totale personale da valutare * 100	1) secondo modalità e tempistiche definite dalla sperimentazione 2) 95%	DIPsa, DM; Dib; Distretti	30/06/2018; 31/12/2018	1) Verbale/Relazione 2) Schede complete	0 20 0
Obiettivi di Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza Peso comparto SAN Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssa GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) percorso/procedura	0 10 10 0
In linea con i diritti contrattuali e le normative vigenti, migliorare la gestione delle assenze e della turnistica del personale attraverso l'applicazione di un sistema operativo informatico	1) Predisposizione dell'attivazione del sistema operativo per la gestione delle strutture di degenza 2) Utilizzo del sistema operativo	1) Pianificazione dell'avvio di gestione dei turni con il nuovo sistema delle strutture di degenza 2) Almeno la gestione informatica di un mese per struttura	DIPsa; Strutture di degenza; SICG; SGVRU	1) entro il 30/06/2018 2) entro il 31/12/18	1) Verbale riunione pianificazione avvio 2) stampa turni con nuovo sistema	0 15 10 0

Handwritten notes and signatures on the right side of the page, including a large signature and some illegible scribbles.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di efficienza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	5	0
Sperimentazione Progetto Bed Manager Area Ospedaliera: Implementazione progetto Area Territoriale con studio di fattibilità	1) Identificazione Bed Manager DEA e avvio sperimentazione progetto 2) Studio di fattibilità Area Territoriale	1) Relazione identificazione; Verbale informazione, coinvolgimento strutture con data di avvio 2) Studio di fattibilità Area Territoriale	DIPsa; DM; Dip; Distretti	1) Maggio 2018 2) Entro 31.12.18	1) Disposizione 2) Verbale 3) Progetto	*	20	0
Collaborare per gli aspetti di competenza, alla realizzazione dei progetti dei Dipartimenti/Distretti: a) Stroke Unit b) Case della salute c) Progetto PICC Team ospedale/territorio	Progetti realizzati	Relazione con rendicontazione del progetto secondo cronoprogramma	DIPsa, DM; Dip; Distretti	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/18	Progetti	20	15	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura  
Dott.ssa Margherita Alberganti



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Sinfonetta Rizzolo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione, 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 Del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PELS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura

dot.ssa Mariella Alberghetti





8  
 4  
 PS  
 B

STRUTTURA: s.s.d. Governo clinico e sviluppo strategico									
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino									
Obiettivi Economici e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report Controllo di gestione	15	5	10	100
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR	1) azioni realizzate /azioni previste dal piano aziendale UGR*100; 2) implementazione sistema di incident reporting, prevedendo tracciabilità anche degli eventi avversi; 3) predisporre un sistema innovativo per la gestione della notifica delle malattie infettive	1) 100%; 2, 3) entro il 31/12/2018;	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, strutture territoriali di pertinenza	1) 30/06/2018; 2) 31/12/2018	1) Consumativo DMPO 2018; 2) report GoCSS; 3) database notifica	10	5	0	10
Promuovere le attività di formazione nell'ambito dell'ASL NO attraverso il supporto delle strutture nell'accREDITAMENTO degli eventi formativi e nella raccolta dei bisogni formativi e implementare la nuova piattaforma ECM Provider	1) Rispetto della tempistica nella gestione dei corsi; 2) Raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo; 3) partecipazione ai corsi di formazione regionali per l'utilizzo del nuovo applicativo ECM Provider	1) nel 100% dei corsi accreditati; 2) entro il 31/12/2018; 3) almeno due operatori della Struttura	ssd GoCSS		1) Relazione annuale Provider; 2) Proposte formative raccolte; 3) attestato partecipazione al corso	10	10	10	10
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Promuovere il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, attraverso: 1- predisposizione della procedura per la redazione/revisione di procedure/percorsi assistenziale e istruzioni operative nell'ASL NO; 2- il supporto metodologico a: 2a) revisione/redazione di procedure/percorsi, istruzioni operative, regolamento; 2b) gestione audit clinici; 3 il supporto alle strutture aziendali nella implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica, mediante: 3a) monitoraggio degli indicatori, 3b) revisione PDTA aziendali rete oncologica	1) Procedura e proposta di delibera predisposte e inviate alla Direzione Generale 2a) Percorsi assistenziali, regolamenti, procedure, istruzioni operative (esclusi quelli della rete oncologica) revisionate/riviste con le strutture aziendali; 3a) audit clinici condotti; 3b) report di monitoraggio secondo format inviati entro i tempi indicati dalla Rete Oncologica 3b) PDTA aziendali rete oncologica verificati/totale del PDTA rete oncologica da revisionare*100	1) entro il 30/06/2018 2a) Almeno 3 entro il 31/12/2018; 2b) Almeno 2 entro il 31/12/2018; 3a) 100%; 3b) Nei tempi previsti dalle rete oncologica	Ssd GoCSS, tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	1) procedura e proposta di delibera 2a) PDTA, regolamenti, procedure, istruzioni operative, 2b) relazione audit clinici; 3a) Report indicatori 3b) PDTA revisionati	15	15	10	10
Promuovere la diffusione in ASL delle procedure/percorsi, istruzioni operative, regolamenti, schede informative, ecc attraverso la pubblicazione e l'aggiornamento del database aziendale predisposto nel corso del 2017	Database aggiornato disponibile sul sito intranet aziendale	entro il 30/06/2018;	Ssd GoCSS e tutte le strutture aziendali	giugno; novembre	database aziendale	5	10	15	15
Partecipare alla valutazione della performance aziendale attraverso il coordinamento delle strutture aziendali interessate, il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di budget delle strutture aziendali, propedeutico alla valutazione. Da parte dell'Organismo indipendente di Valutazione (OIV) e la raccolta delle immagini di salute prodotte dai diversi servizi	relazione sulla performance aziendale 2017	entro il 30/06/2018	Ssd GoCSS, tutte le strutture aziendali	giugno; novembre	relazione Annuale Performance (RAP)	15	10	20	20



Obiettivo di innovazione: strutture						Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti altesi			
Coordinare la realizzazione di azioni di miglioramento della qualità all'interno dell'ASL NO, attraverso la conduzione di progetti	1) predisposizione di format tipo per la realizzazione di un progetto; 2) programmazione di un evento di presentazione dei progetti di miglioramento prodotti a livello aziendale	1) entro il 31/05/2018; 2) entro il 31/12/2018	Ssd GoCSS, tutte le strutture aziendali	Annuale	1) format; 2) Relazione/depliant informativo	10	15	10
Supportare le strutture aziendali nella gestione del processo di accreditamento aziendale	1) formalizzazione gruppo di lavoro per il supporto nella gestione dell'accREDITamento aziendale 2) Audit di verifica 3) individuazione di azioni correttive di eventuali situazioni critiche	1) proposta di delibera inviata alla Direzione Generale entro il 30/04/2018; 2) almeno 2 incontri 3) piano di attuazione delle azioni di miglioramento	Ssd GoCSS, sc. SIAN, sc. SIMT-CPVE, s.c. STP	giugno; novembre	1) proposta di delibera 2) verbali audit; 3) relazione audit	15	10	15
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 25-6471/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n personale valutato/totale personale da valutare = 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	10	10
Promuovere in azienda la ricerca bibliografica anche attraverso l'utilizzo della BVS-P	n. iniziative di diffusione della BVS-P attuate nell'anno	almeno due	Ssd GoCSS e tutte le strutture aziendali	annuale	report	10	10	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Pierluigi Ciaprietto

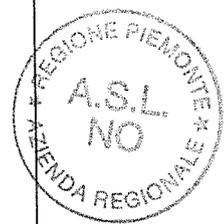
Il Dirigente responsabile di struttura  
Dot.ssa Daniela Sarasino



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gere e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura dei partecipanti, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalata tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi Informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riapogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

*Dorissa Dagnelja Sarasin*



STRUTTURA: Funzione Medico Competente									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Michele Bestagini									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da riprogettare i fattori organizzativi potenzialmente fonti di disagio e attuare il percorso di riduzione del rischio; garantire il monitoraggio delle azioni correttive	Analisi e monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2018	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Annuale	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	0	0	20	100
Concorrere al monitoraggio del percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio (DGR n. 29-2328 del 26/10/2015)	Report di valutazione dell'attuazione del percorso aziendale con rilevazione delle criticità e proposte di revisione/aggiornamento	Entro la fine dell'anno 2018	MC, Laboratorio, SerT, Alcolologia, SpreSAL	Annuale	Report	30	30	0	100
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	20	20	20	100
Al fine di implementare ulteriormente la "Raccomandazione n°8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", aggiornare la procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori attualmente in essere e divulgarne il contenuto attraverso un evento formativo	1) procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera; 2) corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi	1) procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data; 2) corso predisposto entro il 31/12/2018	RSPP, funzione Medico Competente, ssd Consultori**, GoCSS, ssd Psicologia, DSM	Annuale	1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale; 2) microprogettazione corso e accreditamento	20	0	20	100



Handwritten signature and initials.

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/issd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVRU	5	20	40
Supportare RSPP nell'implementazione del sistema di gestione della sicurezza ai sensi D.Lgs. 81/2008	1) Revisione del modello di organizzazione e gestione predisposto nel 2017; 2) Applicazione del modello	1) Entro 31/07/2018 2) Entro 30/12/2018	SPP, MC	31/07/2018 30/12/2018	1) Attestato; 2) Modello	20	30	0

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.635 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile  
dott. Michele Bestagini



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adelfano Giaccolletto



POSIZIONE ORGANIZZATIVA		Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione dott. Andrea Bertaccini				100	100
Obiettivi Economici e di Risparmio							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire la formazione, sia in modalità FAD che residenziale; a) ai dirigenti e preposti sui rischi occupazionali a seguito dell'aggiornamento della valutazione sulla base dei criteri definiti dal decreto legislativo 81/2008; b) antincendio per gestione rischio elevato, con la partecipazione dei VV.FF	1) Definizione fabbisogno formativo operatori ASI NO; 2) N. corsi realizzati/ totale dei corsi programmati * 100	1) Entro il 31/05/2018; 2) 100% entro il 31/12/2018	Medico competente; SPP; SPRESAL; GOCCS	Annuale	Microprogettazione corsi e accreditamento	10	10
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da riprogettare i fattori organizzativi potenzialmente fonti di disagio e attuare il percorso di riduzione del rischio; garantire il monitoraggio delle azioni correttive	Analisi e monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2018	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Annuale	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	5	5
Obiettivi di Approfondimento e Cultura							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso differenza	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCCS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5	5
Garantire il monitoraggio dell'attuazione delle prescrizioni indicate nel DVR	1) Sintesi delle prescrizioni per singola struttura; 2) Piano di monitoraggio delle strutture con prescrizioni; 3) N sopralluoghi effettuati/totale programmati * 100	1) Entro il 31/05/2018; 2) Entro il 31/05/2018; 3) 90%	RSP	31/05/2018; Semestrale	1) Tabella di sintesi; 2) Piano; 3) Report dettagliati	30	30
Al fine di implementare ulteriormente la "Raccomandazione n°8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" aggiornare la procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori finalizzata a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi attraverso un evento formativo	1) Procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera; 2) Corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "disinnescante" dei comportamenti aggressivi	1) Procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data; 2) Corso predisposto entro il 31/12/2018	RSP, funzione Medico Competente, ssd Consulenti**, GoCCS, ssd Psicologia, DSM	Annuale	1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale; 2) Microprogettazione corso e accreditamento	10	10



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio		Documenti attesi	Peso dirigente	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssid	5	5	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVRU	5	5	
Implementare il sistema di gestione della sicurezza ai sensi D.Lgs. 81/2008	1) Revisione del modello di organizzazione e gestione predisposto nel 2017; 2) Applicazione del modello	1) Entro 31/07/2018 2) Entro 30/12/2018	SPP, MC	31/07/2018 30/12/2018	1) Attestato; 2) Modello	30	30	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluse dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività

Il responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione  
dott. Andrea Bertaccini



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Girolletto




STRUTTURA: s.s.d. Servizio di Psicologia									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Lucia Colombo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da riprogettare i fattori organizzativi potenzialmente fonti di disagio e attuare il percorso di riduzione del rischio; garantire il monitoraggio delle azioni correttive	analisi e monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2018	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Annuale	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	25	0	0	
Assicurare le attività dello Psicologo ai Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale (NPI, DMI, DSM, SERT, CDCD, Distretti, Ospedale, formazione, URE) per la realizzazione di specifici progetti	piano annuale di attività delle risorse della SSD Psicologia con ore dedicate a specifici progetti in attivazione	Ore/psicologo dedicate a: 1. percorso paziente con DSA (autismo) 2. presa in carico del paziente adolescente e della sua famiglia 3. comunità psichiatriche 4. attività neuropsicologica per CDCD 5. paziente in Hospice 6. mediazione con filii	ssd Psicologia (in accordo con le strutture che si avvalgono dello psicologo)	Annuale	Piano attività	20	0	0	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al seno della OD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/perscorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoC55	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	20	0	0	
Ridefinire i percorsi tra ASL NO - Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni per la gestione della presa in carico dei Minori in situazione di tutela e/o pregiudizio	Accordo tra ASL NO - Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni sui percorsi di presa in carico di Minori in situazione di tutela e/o pregiudizio	Entro 31/12/2018	ssd Psicologia- NPI	Annuale	Accordo	25	0	0	
Al fine di implementare ulteriormente la "Raccomandazione n° 8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", aggiornare la procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori attualmente in essere	1) procedura per la Prevenzione della Violenza sugli Operatori nell'ASL NO e relativa proposta di delibera; 2) corso di formazione rivolto agli operatori finalizzato a promuovere la capacità "differenziante" dei comportamenti aggressivi	1) procedura aggiornata, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018 e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale entro la medesima data; 2) corso predisposto entro il 31/12/2018	RSPP, funzione Medico Competente, ssd Consulenti**, GoC55, ssd Psicologia, DSM	Annuale	1) Procedura e proposta di delibera presentata alla Direzione Generale; 2) microprogettazione corso e accreditamento	15	0	0	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	10	0	0	
Esplorare/applicare la sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	in personale valutato/totale personale da valutare "100"	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	1) 30/06/2018 2) 31/12/2018	Report GP/URU	5	0	0	

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott.ssa Lucia Colombo



(\*) obiettivo trasversale di cui alla DGR 9-11/65 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.  
(\*\*) obiettivo trasversale di cui alla DGR 26-6/21 del 21.12.15, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e ripoti nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità                      TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbalizzati incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirmi ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note ai GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbalizzati</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquistato il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"; n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott.ssa Lucia Colombo

*Lucia Colombo*

*8*



STRUTTURA: s.s.d. Redazione gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati

DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Paolo Garavana

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso	
						dirigenza	comparto AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report Controllo di gestione	100	0
Monitorare e verificare i progetti di ricerca applicati finanziati all'IRCCS della Regione - DGR 30-64/25 del 26/01/2018 punto 4 del Deliberato alla rendicontazione	report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS; liquidazione delle fatture in funzione della verifica alla rendicontazione	Annuale	ssd A.C.E.P., ssd GoCSS	Annuale	Report	10	10
Preparare i contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992 da sottoscrivere con le Strutture Private accreditate convenzionate con l'ASL NO e l'IRCCS Maugeri di Veruno, per l'anno 2017, al sensi della normativa regionale, nel rispetto dei fabbisogni di prestazioni e dei tetti di spesa definiti in sede di programmazione dalle specifiche deliberazioni regionali e monitorarne l'attuazione	1) contratti con le strutture private accreditate e l'IRCCS di Veruno per l'anno 2018; 2) gestione liquidatoria del periodo transitorio al sensi della DGR 30-64/25 del 26/01/2018 punto 6 del Deliberato e successiva applicazione contrattuale; 3) verifica della conformità della produzione (tasso d'occupazione; distribuzione temporale) delle strutture private rispetto al contratto, propedeutica alla liquidazione anche per l'anno 2017	1) in funzione delle tempistiche definite dalla Regione; 2) garantire l'erogazione provvisoria degli account ad a regime l'applicazione contrattuale; 3) prima della liquidazione	ssd A.C.E.P.	1) annuale 2) trimestrale; 3) semestrale	1) Contratti 2) report di liquidazione; 3) report	15	15
Supportare la commissione di Vigilanza delle strutture sanitarie private in adempimento alla Delibera DG 59/2018	1) Regolamento di funzionamento; 2) Piano dei Controlli 2018 3) verbali delle sedute 4) verifica dei contratti del personale medico e del comparto sanitario 5) relazione consuntiva	1) aggiornato entro 31/05; 2) Piano condiviso con Presidente della Commissione (MC) e approvato da Tavolo direttori di distretto entro 30/04/2018; 3) verbali di tutti i sopralluoghi eseguiti; 4) verifica documentata nei verbali; 5) entro febbraio 2019	Distretti, Medicina Legale, ACEP, STP, SISP, DIPsa, ALLCAT	Maggio; Novembre	1) Regolamento 2) Piano 3) Verbali 4) Verbale 5) Relazione	*	10
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo interistituzionale/interdistrettuale	1) Rivalutazione delle procedure/persone in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto da ciascun Distretto e condiviso/ sottoscritto dal Tavolo di coordinamento dei Distretti entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS; Enti gestori	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5	3
Procedura di verifica su deonti prodotti dalle strutture sanitarie private relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche tenuto conto della dematerializzata.	1) report periodico; 2) Inserimento nuova struttura IRCCS Fondazione Maugeri di Veruno nel novero dei soggetti alla verifica dei deonti, @	1) report trimestrale; 2) report periodico attività di verifica trimestrale prevedendo anche l'IRCCS	ssd A.C.E.P.	Trimestrale	report sintetico attività di verifica	10	20
Attuazione DGR 29-3944 del 19/09/2016 - Attività di verifica su strutture Psichiatriche propedeutica al rilascio del titolo Autorizzativo e di Accredimento	Effettuazione delle verifiche secondo le indicazioni regionali e formulazione del relativo parere	secondo indicazioni regionali	DPREV, DSM, ssdACEP, Distretti, sc TP	Annuale	schema riieplogativo sopralluoghi e verbali	5	2



Handwritten signature and initials.

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015 - Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabile sc/ssd	5		0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite della sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5		5
Dare attuazione alle nuove regole in materia di mobilità internazionale con specifico riferimento alla gestione della fatturazione attiva e passiva in considerazione della prossima attivazione della piattaforma E.E.S.S.I.	1) riunioni con referenti distrettuali 2) relazione annuale	1) >= 2 riunioni anno 2) entro 31/12/2018	ssd A.C.E.P., Distretti	Annuale	1) verbali riunioni 2) Relazione annuale	10		25

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivi trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Dirigente responsabile di struttura  
Dott. Paolo Garavina

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizollo

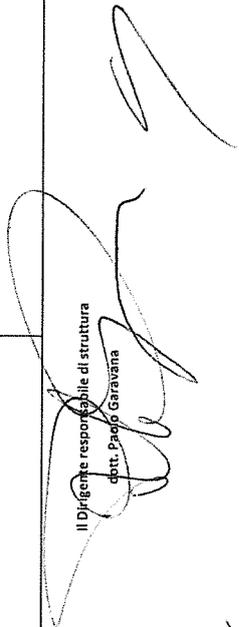
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacofetto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenza; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI; NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; ALS); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Cruscotto ASI; NO)	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dott. Paolo Garavana



STRUTTURA: s.s.d. Servizio assistenza protesica e integrativa				100	110	110
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Lorenzo Bruza						
OBIETTIVI ECONOMICI E STRUTTURALI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/05/2018; 30/09/2018	Report Controllo di gestione	35
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali di competenza	1) completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	Trimestrale, a partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	15
OBIETTIVI ECONOMICI E STRUTTURALI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo interistituzionale/interdistrettuale	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto da ciascun Distretto e condiviso/sottoscritto dal Tavolo di coordinamento dei Distretti entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; sse, GoCSS; Enti gestori	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	20
Avviare la distribuzione diretta dei cateteri vescicali secondo criteri di appropriatezza	1) individuazione della tipologia di cateteri distribuibili in distribuzione diretta e delle modalità operative per effettuare la distribuzione 2) numero di cateteri erogati in distribuzione diretta sul totale di quelli da erogare	1) condivisa con F.O. e F.T. entro il 31/05/2018 2) > 50% nel II semestre 2018	API - farmacia ospedaliera e territoriale	annuale	1) relazione 2) report Dispositivi Medici (cateteri)	20
Monitorare i presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi controllando i piani terapeutici dei diabetici, per migliorare il dato rispetto al 2017	1) garantire il monitoraggio dei presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi, segnalando eventuali scostamenti ed individuando azioni di miglioramento; 2) rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate; 3) rapporto tra le strisce SCR e le strisce CONSP	1) report di monitoraggio trimestrale; 2) scostamento ≤ al 20% dell'ASI best performer; 3) riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + Dpc).	AIP, sse Diabetologia	trimestrale	1, 2, 3) report	10

Handwritten signatures and initials.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	5	10	10
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott. Lorenzo Brusca



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giarolletto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a)</b> Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbal incontri - report presenze; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	<b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  <b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BUS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 83/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	<b>SISTEMA INFORMATIVO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dott. Lorenzo Brusa






STRUTTURA: s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Aldo Crespi									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di efficienza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report CdG	20	10	10	
Governare la spesa farmaceutica (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica 2018 2) Consumo dispositivi medici 2018	<= 2017 a parità di produzione	Reporti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera, ATAD	Trimestrale	Report GoCSS	20	15	10	
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECWMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	Trimestrale, e partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	10	15	20	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di efficienza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni	Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017	Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018	Trimestrale	Report S.INF	5	5	5	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	10	10	10	
Promuovere la continuità assistenziale e intensificare il lavoro di rete sul territorio, verificando le criticità manifestatesi nella prima fase di applicazione della procedura di continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO di cui alla DGR 295/2017 ed individuando le azioni correttive (audit organizzativo interdistrettuale)	Audit organizzativo per individuare le modalità corrette per la gestione del paziente in dimissione da CAVS nel fine settimana/festività che non possa essere inviato al domicilio o che richieda attivazione di Cure Palliative/Cure domiciliari, prevedendo specifico percorso	Entro il 31/12/2018	Distretti, Cure Palliative, ATAD	Maggio; Dicembre	Relazione audit con specificate azioni di miglioramento e definizione delle modalità operative di gestione	10	10	10	

Handwritten signature and initials.

Handwritten initials and a mark resembling the number '8'.



Obiettivi di Impostazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza Peso comparto SAN Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	10 5 5
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	In personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPV RU	20 30 30

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila, in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Dirigente responsabile di struttura  
dott. Aldo Crespi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simponetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giarcolletto

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predispunzione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/1/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presente; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riapillogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dott. Aldo Lepati






STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord		DIRETTORE: dott. Paolo Lo Giudice		100	100	100
OBIETTIVI ECONOMICI E GESTIVI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<- Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report Controllo di gestione	Peso dirigenza: 35 Peso comparto SAN: 20 Peso comparto AT: 20
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECWMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio della attività territoriali	1) completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	Trimestrale, a partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	5 20 20
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP, ML (strutture private) SSD Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP, AILCAT Dipsa (RSA e strutture private)	Semestrale	Relazione	* 20

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

*[Handwritten initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Attivazione/implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e tenuto conto di quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-6421 del 26.01.2018	1) Numero strutture attivate/potenziare entro il 31.12.2018 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti; 2) Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CdS nel 2018 (cfr. allegato D di cui alla D.D. del 30/06/2017)	1) 100% delle CdS attivate; 2) relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'invio entro il 31/12/2018	Distretti	Luglio; Novembre	1) Proposta di deliberazione e Regolamento; 2) Relazione	25	5	5
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni, e, in particolare per la Neurogeriatria, dando attuazione al percorso del paziente che richiede visita a fini certificativi (invalidità, accompagnamento, 104), in condivisione con INPS/patronati, specialisti Neurologi e Geriatri, Distretti, MMG	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione) 2) Avvio della sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 2) da maggio 2018 a seguito sottoscrizione accordo ASL NO-MMG-INPS	1) Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018 2) Distretti (specialisti neurologi e geriatri; UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale MMG INPS/patronati	1) Trimestrale 2) maggio 2018	1) Report S-INF 2) accordo sottoscritto dalle parti	5	5	5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo interistituzionale/interdistrettuale	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto da ciascun Distretto e condiviso/sottoscritto dal Tavolo di coordinamento dei Distretti entro il 30/09/2018 ; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS; Enti gestori	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5	5	5
Promuovere la continuità assistenziale e intensificare il lavoro di rete sul territorio, verificando le criticità manifestatesi nella prima fase di applicazione della procedura di continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO di cui alla DGR 295/2017 ed individuando le azioni correttive (audit organizzativo interdistrettuale)	1) mappa dei posti in CAVS e dei posti protetti (RSA, NAT) per garantire la "pronta accoglienza" da Pronto soccorso/DEA 2) audit organizzativo per individuare le modalità corrette per la gestione del paziente in dimissione da CAVS nel fine settimana/festività che non possa essere inviato al domicilio o che richieda attivazione di Cure Palliative/Cure domiciliari, prevedendo specifico percorso	1) fotografia dell'esistente entro il 31/05/2018 e aggiornamento giornaliero; 2) entro il 31/12/2018	Distretti, Cure Palliative, ATAD	maggio; dicembre	1) relazione; 2) relazione audit con specificate azioni di miglioramento e definizione delle modalità operative di gestione	10	5	5



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Partecipare attivamente al Programma Formativo e sperimentale relativo al recepimento del PNC Piano Nazionale Cronicità a livello regionale, in linea con quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-6421 del 26.01.2018 (obiettivo 2.2)	1) Pubblicazioni aggiornate, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della call to action dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale; 2) Partecipazione agli incontri informativi e formativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità	1) 100%; 2) 285%	Distretti	Luglio; Novembre	Documentazione; Snapshot che dimostrino il costante aggiornamento della bacheca web e la diffusione della call to action a livello aziendale	5	0	0
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	in personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivi trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

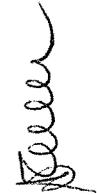
(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

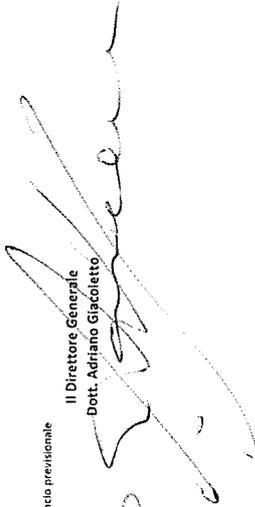
Il Direttore di struttura  
dot. Paolo Lo Giudice

Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simionetta Rizzolo

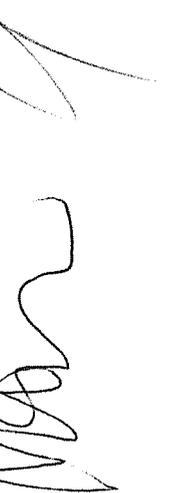
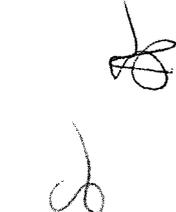
Il Direttore Generale  
Dot. Adriano Giglioletto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p><b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a)</b> Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p><b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità  <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione                      Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione &gt;= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenza; 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p><b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI; NO relativamente a tale obiettivo. L'Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma ppy; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali</p>
	<p><b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format</p>
	<p><b>SISTEMA INFORMATIVO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici. Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Cruscotto ASI; NO)</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali; 2) Report riaplogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura  
 dott. Paolo Losi Giudice



Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso di rilevanza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud DIRETTORE: dott. Francesco Grazioli									
Obiettivi Complessivi e P. Terr.									
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<= Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report Controllo di gestione	35	20	20	100
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECWIMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCF, AIP.	Trimestrale, a partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	5	20	20	100
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP, ML (strutture private) SSD Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP, AILCAT Dipsa (RSA e strutture private)	Semestrale	Relazione	.	20	20	100

*[Handwritten signatures and initials]*



Oggetti di Progettistica e Cura						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attecj	Peso di righe Peso sommario SAN Peso comparto AT
Attivazione/implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e tenuto conto di quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-6421 del 26.01.2018	1) Numero strutture attivate/potenziare entro il 31.12.2018 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti; 2) Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle Cds nel 2018 (cfr. allegato D di cui alla D.D. del 30/06/2017)	1) 100% delle Cds attivate; 2) relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'invio entro il 31/12/2018	Distretti	Luglio; Novembre	1) Proposta di deliberazione e Regolamento; 2) Relazione	5 5
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni, e, in particolare per la Neurogeriatria, dando attuazione al percorso del paziente che richiede visita a fini certificativi (invalidità, accompagnamento, 104), in condivisione con INPS/patronati, specialisti Neurologi e Geriatri, Distretti, MMG	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione) 2) Avvio della sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 2) da maggio 2018 a seguito sottoscrizione accordo ASL NO-MMG-INPS	1) Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018 2) Distretti (specialisti neurologi e geriatrici, UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale MMG INPS/patronati	1) Trimestrale 2) maggio 2018	1) Report S.INF 2) accordo sottoscritto dalle parti	5 5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo interistituzionale/interdistrettuale	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto da ciascun Distretto e condiviso/sottoscritto dal Tavolo di coordinamento dei Distretti entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoC55; Enti gestori	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5 5
Promuovere la continuità assistenziale e intensificare il lavoro di rete sul territorio, verificando le criticità manifestatesi nella prima fase di applicazione della procedura di continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO di cui alla DGR 295/2017 ed individuando le azioni correttive (audit organizzativo interdistrettuale)	1) mappa dei posti in CAVS e dei posti protetti (RSA, NAT) per garantire la "pronta accoglienza" da Pronto soccorso/DEA 2) audit organizzativo per individuare le modalità corrette per la gestione del paziente in dimissione da CAVS nel fine settimana/festività che non possa essere inviato al domicilio o che richieda attivazione di Cure Palliative/Cure domiciliari, prevedendo specifico percorso	1) fotografia dell'esistente entro il 31/05/2018 e aggiornamento giornaliero; 2) entro il 31/12/2018	Distretti, Cure Palliative, ATAD	Maggio; Dicembre	1) relazione; 2) relazione audit con specificate azioni di miglioramento e definizione delle modalità operative di gestione	5 10 5

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso d'importanza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Partecipare attivamente al Programma Formativo e sperimentale relativo al recepimento del PNC Piano Nazionale Cronici a livello regionale, in linea con quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-5421 del 26.01.2018 (obiettivo 7.2)	1) Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della call to action dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale; 2) Partecipazione agli incontri informativi e formativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità	1) 100%; 2) >85%	Distretti	Luglio; Novembre	Documentazione; Snapshot che dimostrino il costante aggiornamento della bacheca web e la diffusione della call to action a livello aziendale	5	0	0
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-5421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabil e sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	5	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-825 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
Dott. Francesco Graziosi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Anabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Silvana Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Staciletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/fgare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti; per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenza; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma apv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dott. Francesco Grazioli





STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara									
DIRETTORE: dott. Mario Esposito									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2013	<= Budget assegnato 2013***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report CdG	35	20	20	100
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECWMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	Trimestrale, a partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	5	20	20	100
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 39/2018	n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP, ML (strutture private) SSD Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP, AILCAT Dipisa (RSA e strutture private)	Semestrale	Relazione	.	20	20	100



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Attivazione/implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e tenuto conto di quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-6421 del 26.01.2018	1) Numero strutture attivate/potenziante entro il 31.12.2018 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti; 2) Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CdS nel 2018 (cfr. allegato D di cui alla D.D. del 30/06/2017)	1) 100% delle CdS attivate; 2) Relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'invio entro il 31/12/2018	Distretti	Luglio; Novembre	1) Proposta di deliberazione e Regolamento; 2) Relazione	25	5	5
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni, e, in particolare per la Neurogeriatria, dando attuazione al percorso del paziente che richiede visita a fini certificativi (invalidità, accompagnamento, 104), in condivisione con INPS/patronati, specialisti Neurologi e Geriatri, Distretti, MMG	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione) 2) Avvio della sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2017 2) Da maggio 2018 a seguito sottoscrizione accordo ASI-NO-MMG-INPS	1) Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR 26-6421/2018 2) Distretti (specialisti neurologi e geriatri; UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero, Medicina Legale MMG INPS/patronati	1) Trimestrale 2) maggio 2018	1) Report S-INF 2) Accordo sottoscritto dalle parti	5	5	5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo interistituzionale/interdistrettuale	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto da ciascun Distretto e condiviso/sottoscritto dal Tavolo di coordinamento dei Distretti entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; sd GoCSS; Enti gestori	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma 2) Percorso/procedura	5	5	5
Promuovere la comunità assistenziale e intensificare il lavoro di rete sul territorio, verificando le criticità manifestatesi nella prima fase di applicazione della procedura di continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO di cui alla DGR 295/2017 ed individuando le azioni correttive (audit organizzativo interdistrettuale)	1) Mappa dei posti in CAVS e dei posti protetti (RSA, NAT) per garantire la "pronta accoglienza" da Pronto soccorso/DEA 2) Audit organizzativo per individuare le modalità corrette per la gestione del paziente in dimissione da CAVS nel fine settimana/festività che non possa essere inviato al domicilio o che richieda attivazione di Cure Palliative/Cure domiciliari, prevedendo specifico percorso	1) Fotografia dell'esistente entro il 31/05/2018 e aggiornamento giornaliero 2) Entro il 31/12/2018	Distretti, Cure Palliative, ATAD	Maggio; Dicembre	1) relazione 2) relazione audit con specificate azioni di miglioramento e definizione delle modalità operative di gestione	10	5	5

*[Handwritten signatures and initials]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Partecipare attivamente al Programma Formativo e sperimentale relativo al recepimento del PNC Piano Nazionale Cronicità a livello regionale, in linea con quanto indicato dalla D.G.R. n. 26-6421 del 26.01.2018 (obiettivo 2.2)	1) Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della call to action dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale; 2) Partecipazione agli incontri informativi e formativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità	1) 100%; 2) >85%	Distretti	Luglio; Novembre	Documentazione; Snapshot che dimostrino il costante aggiornamento della bacheca web e la diffusione della call to action a livello aziendale	5	0	0
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n. 12/2015 - Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/responsabile scf/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	N personale valutato/totale personale da valutare * 100	95% ,secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	Report GPVRU	5	20	20

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 e da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenuta l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Direttore di struttura  
dot. Mario Esposito



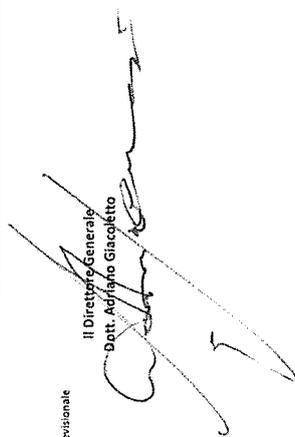
Il Direttore Sanitario  
Patrizia Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simionetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adelfio Giaccolletto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziende relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)  FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v.; 3) N. incontri per monitorare obiettivi; valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali  1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno  1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/Nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali  1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica crediti; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore di struttura  
dot. Mario Esposito



STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative									
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Sandra Grazioli									
Ciclo di lavoro: 2017-2018									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero	pari o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture dell'Ospedale di Bergomano	Trimestrale	Report S-INF	20	0	0	100
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica 2018 2) Consumo dispositivi medici 2018	<= 2017 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	Report GoCSS	20	0	0	100
Appropriatezza prescrittiva di EBM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2018/ costo DDD anno 2017	<= 2017	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Semestrale	Report Flusso CO e DD	20	0	0	100
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAX SIAD regionale; ECM/Med aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP	Trimestrale, a partire dal secondo semestre	1) Report CdG; 2) Report Distretti	5	20	60	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; s.d. GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	15	20	0	
Promuovere la continuità assistenziale e intensificare il lavoro di rete sul territorio, verificando le criticità manifestatesi nella prima fase di applicazione della procedura di continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO di cui alla DGR 295/2017 ed individuando le azioni correttive (audit organizzativo interdirezionale)	audit organizzativo per individuare le modalità corrette per la gestione del paziente in dimissione da CAVS nel fine settimana/festività che non possa essere inviato al domicilio o che richieda attivazione di Cure Palliative/Cure domiciliari, prevedendo specifico percorso	entro il 31/12/2018	Distretti, Cure Palliative, ATAD	maggio; dicembre	relazione audit con specificate azioni di miglioramento e definizione delle modalità operative di gestione	15	20	0	

*(Handwritten signatures and initials)*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e sc/ssd	5	0	0
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	Tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	0	10	10
Gestire l'attività dell'Hospice, inaugurato nel dicembre 2017	1) effettuare la formazione degli operatori volontari, come previsto nel regolamento dell'Hospice; 2) relazione sull'attività dell'Hospice	1) nei modi e nei tempi previsti dal regolamento; 2) relazione di attività semestrale	ssd Cure Palliative	semestrale	1) documentazione corso ECM; 2) relazione di attività	*	30	30

(\*\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.025 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura  
dot.ssa Sandra Grazioli



Il Direttore Sanitario  
Dot.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Simonyetta Rizzollo



Il Direttore Generale  
Dot. Adriano Giagolietto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute "100"; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare "100"	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1; incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (più essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla S.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla Ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

dot.ssa Sandra Graziosi




STRUTTURA: s.s.d. Sanità Penitenziaria							100	100	0
DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Gianni Valzer							Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Obiettivi Economici e di Attivita'							Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2018	Budget assegnato 2018	<- Budget assegnato 2018***	Ordinatori di spesa	30/06/2018; 30/09/2018	Report CdG	35	35	0	
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018	1) piano di attività della Commissione di vigilanza, con calendarizzazione dei sopralluoghi per le diverse tipologie di strutture da monitorare; 2) n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	1) definizione del piano di attività entro il 30/04/2018, 2) applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	Distretti, ssd Sanità Penitenziaria; SISP, STP	maggio; novembre	1) piano; 2) relazione	*	20	0	
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità							Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Rivalutazione delle procedure/percorsi in essere, al fine di individuare quelle che necessitano di aggiornamento e/o di nuova redazione e definizione del cronoprogramma attuativo; 2) Aggiornamento di almeno una procedura/percorso, con particolare riguardo alla procedura di gestione della documentazione sanitaria in carcere	1) Cronoprogramma predisposto entro il 30/09/2018; 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	30/09/2018; 31/12/2018	1) Cronoprogramma; 2) percorso/procedura	20	20	0	
Mantenere costantemente aggiornata la Carta dei servizi "Tutela della salute in carcere"	Carta dei Servizi - edizione 2018	Revisione documento entro settembre 2018	ssd Sanità Penitenziaria e Gdt. G.d.L. Interaziendale per la Tutela della Salute in Carcere; Direttore Casa Circondariale e Direttore LUPE	31/12/2018	Carta dei Servizi	20	20	0	
Obiettivi di Trasparenza e Sviluppo							Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi	Peso di diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015. Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-64/21/2018.	Utenti della struttura che hanno terminato la compilazione/Utenti della struttura abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Luglio; Novembre	Dichiarazione Direttore/Responsabili e ss/ssd	10	0	0	
Favorire l'applicazione della sperimentazione del sistema di valutazione del comparto	n. personale valutato/totale personale da valutare * 100	95%, secondo tempistiche definite dalla sperimentazione	tutte le strutture aziendali	30/06/2018; 31/12/2018	report s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	15	5	0	

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Il budget assegnato 2018 è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2017 - salvo differenti determinazioni della Direzione Generale. Sarà oggetto di ulteriore discussione non appena sarà intervenute l'approvazione regionale del bilancio previsionale

Il Dirigente responsabile di struttura

dott. Gianni Valzer

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabela Fontana

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simonetta Rizzollo

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</b> 1a) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 1b) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) A decisione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2017; 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2017 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2018; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2017; 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<b>EFFICACIA:</b> Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità <b>TRASPARENZA:</b> Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) Entro 31/12/2018; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale; 2) Verbali incontri - report presenze; 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) Relazione e verbali; 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	<b>OBIETTIVI DI BUDGET 2018:</b> Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv; 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO; 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) Mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) Verbali
	<b>FORMAZIONE:</b> Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario); 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione; 2) Relazione formazione; 3) relazione spp e formazione; 4) Relazione secondo format
	<b>SISTEMA INFORMATICO:</b> Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali; 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza; 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credituali; 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura

Dot. Gianni Valzer




**AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,  
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

**FOGLIO ADEMPIMENTI  
- EFFETTI -**

• Il presente provvedimento è esecutivo:

*Giorno inizio esecutività* 18 GIU. 2018

*dal giorno della sua iscrizione nel Registro Generale*

*dalla data in esso provvedimento indicata*

**- PUBBLICAZIONE -**

Al presente provvedimento è stata data pubblicità legale, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, L. 69/2009, tramite pubblicazione sul sito informatico dell'Ente ad iniziare dal giorno - 8 GIU. 2018



**C. AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,  
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

**IL DIRETTORE**  
*(dott. Claudio Teruggi)*

\*\*\*\*\*

**- COMUNICAZIONI -**

*Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali*

V.D.                       COLLEGIO SINDACALE

- AILCAT
- SICG
- GOCSS
- SPP
- ASSTERR
- SML
- AIP
- DUN
- SIAV

- SEF
- DMPO
- SPS
- MC
- PALLIATIVE
- DSM
- CCPS
- DP
- SPRESAL

- GPVRU
- DIPSA
- FO
- SEPI
- SANPEN
- DMI
- DAN
- SISP

- STP
- DEA
- FT
- ACEP
- COTESS
- DPD
- DAS
- SIAN

ALTRI \_\_\_\_\_

