



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

***OGGETTO: ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 AI DIPARTIMENTI E ALLE
 STRUTTURE AZIENDALI - APPROVAZIONE***

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con d.G.R. n° 11-6930 del 29 maggio 2018)

Nella data sopraindicata, di propria iniziativa – 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 2020 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI - APPROVAZIONE*

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE 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 Deliberazione del Direttore Generale n. 246 del 30 ottobre 2017 di adozione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale (SiMiVaP) in ASL NO;

la Deliberazione del Direttore Generale n. 198 del 24/05/19 di adozione definitiva dell'Atto Aziendale a seguito del recepimento regionale operato con D.G.R. 23-8807 del 18 aprile 2019;

CONSIDERATO che la D.G.R. 23.12.2013, n. 25-6944 - 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;

RITENUTO necessario per l'anno 2020 sperimentare una modalità innovativa, rispetto alle precedenti, di valutazione della performance organizzativa della ASL NO – descritta in dettaglio nel documento allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale -, focalizzando l'attenzione, oltre che sulle singole strutture organizzative, su "processi" e "progetti" come unità di analisi per la misurazione della performance organizzativa, al fine di una più efficace rappresentazione dei risultati; ciò al fine di ottenere un continuo miglioramento in termini di incremento della performance delle singole strutture, e poter aggiornare, conseguentemente, il Si.Mi.Va.P. aziendale;

ATTESO che, in applicazione del ciclo della Performance aziendale sperimentalmente modificato come sopra descritto - nelle more della assegnazione da parte della Regione Piemonte ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno in corso - l'ASL NO ha provveduto a definire gli obiettivi annuali ed infra-annuali da assegnare alle diverse strutture aziendali ed alla funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione e al Servizio Sociale Professionale Aziendale (staff della Direzione Generale), con i relativi indicatori e con scadenze esplicite entro cui ci si attende che i progetti assegnati siano realizzati, verificati e, infine, valutati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto all'O.I.V.;

DATO ATTO

che nel periodo 05-14 febbraio 2020 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili per assegnare alle Strutture aziendali gli obiettivi per l'anno 2020;

che il budget economico assegnato 2020, dettagliato in allegato 1 quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, è da intendersi:

- inclusivo degli oneri collegati ai conti costituenti spesa per risorse umane, per i quali è definito con DGR. 40-7703 del 12.10.18, "Approvazione piani triennali fabbisogno personale (PTFP) 2018-2020", il cd "fabbisogno sostenibile" per l'anno 2020 pari ad euro 104.666.971,00;
- al netto dei costi finanziati da corrispondente ricavo (FDV inclusi indennizzi ex L.210/92, libero-professione intramoenia, importi derivanti dall'utilizzo dei fondi Balduzzi accantonati, convenzioni e comandi per l'utilizzo di personale dipendente presso altre aziende sanitarie regionali);

che il budget assegnato potrà eventualmente essere oggetto di revisione in relazione a eventi contingibili ed urgenti che si dovessero verificare in corso di esercizio;

che per quanto concerne l'assegnazione del budget alla s.s.d. Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati s.s.d. Gestione e Funzioni Amministrative decentrate a valenza territoriale, il vincolo di budget gestito dalla Struttura è correlato alle determinazioni regionali in materia;

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

- che la Regione Piemonte non ha ancora provveduto all'assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2020, e che pertanto gli obiettivi assegnati potranno essere oggetto di adeguamento al recepimento di tali obiettivi declinati dalla Regione Piemonte;
- 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 2020, 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 la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo Economico e di Attività “Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero” assegnato alle strutture aziendali interessate nell'ambito del governo della produzione della struttura, dovrà essere valutata a livello di Presidio Ospedaliero nel suo complesso e non di singola struttura;

RITENUTO di attribuire gli obiettivi per l'anno 2020 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse, alle Strutture Semplici Dipartimentali e alle funzioni, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l'anno 2020 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 2020 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, 40 ore per i Dirigenti Veterinari e 36 ore per la Dirigenza Sanitaria e PTA), 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 2020 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

Con il concorso dei pareri del Direttori: Amministrativo e Sanitario

DELIBERA

per tutto quanto in premessa indicato:

- 1.) **di approvare** la sperimentazione avviata per l'anno in corso di una modalità innovativa, rispetto alle precedenti, di valutazione della performance organizzativa della ASL NO – descritta in dettaglio nel documento allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (ALL. 1) – che prevede l'assegnazione di obiettivi annuali e infra-annuali, che coinvolgono tutto il Personale (Dirigenza e Comparto) delle Strutture Aziendali;
- 2.) **di attribuire** per l'anno 2020 gli obiettivi alle Strutture aziendali, alla Funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione e al Servizio Sociale Professionale Aziendale, riportati nelle schede allegate al presente provvedimento - parte integrante e sostanziale del medesimo - (ALL. 2);
- 3.) **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della Performance aziendale;
- 4.) **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 2. - 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;

- 5.) **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 2020 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, 40 ore per i Dirigenti Veterinari e 36 ore per la Dirigenza Sanitaria e PTA), sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
- 6.) **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 2020 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Arabella Maria Teresa Fontana)
(Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. 82/2005)

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 5 pagine e di n. 2 allegati.

- **Allegato 1** – *Si.Mi.Va.P. ASL NO: sperimentazione di modalità innovativa di misurazione e valutazione della performance organizzativa* – 7 pagine

- **Allegato 2** – *Schede obiettivi Dipartimenti e Strutture* – 189 pagine

ALLEGATO 1

**Si.Mi.Va.P. ASL NO:
sperimentazione di modalità innovativa
di misurazione e valutazione della performance organizzativa**



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Si.Mi.Va.P. ASL NO: sperimentazione di modalità innovativa di misurazione e valutazione della performance organizzativa

INTRODUZIONE

La performance rappresenta il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo – performance individuale, organizzazione – performance organizzativa) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL NO e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance costituisce lo strumento operativo per la valutazione annuale della performance e si inserisce nell'ambito del Ciclo di gestione della performance dell'ASL NO, definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti.

In ASL NO è emersa l'esigenza di rivedere per l'anno 2020 le modalità di valutazione della **performance organizzativa** utilizzando i processi ed i progetti come unità di analisi per la misurazione, al fine di una più efficace rappresentazione dei risultati, come suggerito dalle *Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale* - N. 5 Dicembre 2019 - Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance.

Per **processo** si intende la **sequenza organizzata di attività finalizzate alla creazione di un output** richiesto o necessario ad un **utente (interno o esterno)** che può attraversare più unità organizzative. Proprio la finalizzazione verso un utente rappresenta l'elemento chiave per una più efficace rappresentazione della *performance*.

Il *focus* sui processi consente di:

- misurare l'efficacia del servizio finale all'utente, sia erogata (ad esempio, i tempi di erogazione di un servizio) che percepita (soddisfazione rispetto alla cortesia del personale), andando a definire sin dalla fase di programmazione gli elementi rilevanti del servizio/prodotto;
- misurare l'efficienza del processo nel suo complesso e delle singole attività che lo compongono, mettendo eventualmente in relazione l'efficienza con l'efficacia;
- cogliere le *performance* trasversali alle unità organizzative
- agevolare la corretta individuazione degli *output* prodotti dall'amministrazione, con particolare riferimento ai servizi erogati e alla conseguente identificazione degli utenti (interni o esterni) a cui questi ultimi sono rivolti, rendendo più immediato il collegamento tra misurazione e valutazione della *performance* organizzativa e gli esiti delle indagini sul livello di soddisfazione di cittadini e utenti rispetto ai servizi erogati;



www.regione.piemonte.it/sanita

1/7

Azienda Sanitaria Locale NO

DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564

GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

- favorire una più corretta pianificazione delle “risorse” necessarie per realizzare gli *output*;
- incentivare la collaborazione tra unità organizzative.

Per **progetto** si intende un **insieme di attività finalizzato a realizzare un *output* ben preciso in un determinato intervallo di tempo**, differenziandosi in questo senso da un processo destinato, invece, a ripetersi nel tempo.

La misurazione dei progetti richiede uno sforzo di definizione delle attività specifiche legate al progetto, in genere aggiuntive rispetto alle attività ricorrenti.

Il progetto richiede la definizione delle attività con il fine ultimo di individuare:

- le risorse necessarie;
- i tempi attesi di completamento;
- l'*output* e l'efficacia attesi per le diverse attività e complessivamente per il progetto.

Rispetto a quanto accade per i processi, per i progetti è importante la tempificazione delle attività, ossia la definizione dei tempi attesi di inizio e fine: il rispetto dei tempi con i costi ipotizzati è infatti uno degli indicatori centrali della gestione per progetti.

RIFERIMENTI

- Il quadro di riferimento normativo è il d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017
- A livello aziendale la descrizione del **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale** è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 246 del 30 ottobre 2017.

OBIETTIVO

Sperimentare una **modalità innovativa**, rispetto alle precedenti, **di valutazione della performance organizzativa della ASL NO**, focalizzando l'attenzione, oltre che sulle singole strutture organizzative, su “processi” e “progetti” come unità di analisi per la misurazione della performance organizzativa, al fine di una più efficace rappresentazione dei risultati.

MATERIALI E METODI

a. Modello di Valutazione

Il Ciclo della Performance si sviluppa in ASL NO in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget.



www.regione.piemonte.it/sanita

2/7

Azienda Sanitaria Locale NO

DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564

GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Al fine di ottenere un continuo miglioramento in termini di incremento della performance delle singole strutture e affermare l'azione motivante, si intende caratterizzare tale ciclo attraverso obiettivi infra-annuali, funzionali ad una efficiente ed efficace gestione complessiva, con scadenze esplicite entro cui ci si attende che i progetti assegnati siano realizzati e andando a verificare in corso d'anno l'effettivo raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Ciascun "ciclo" si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto all'O.I.V..

Il processo di pianificazione e programmazione, finalizzato alla performance organizzativa, è suddiviso in 3 fasi operative fondamentali:

- la definizione di obiettivi strategici e l'assegnazione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario, corredati dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori (processo di budgeting) – **Fase di programmazione**
- il monitoraggio in corso di esercizio e l'attivazione di eventuali interventi correttivi – **Fase di monitoraggio**
- la misurazione e valutazione dei risultati (reporting e analisi degli scostamenti) rispetto agli obiettivi a conclusione del progetto al quale si riferiscono o dell'esercizio finanziario – **Fase di valutazione.**

b. Azioni

1) Fase di programmazione

L'ASL NO, al fine di delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance, ha costruito il proprio sistema di definizione e assegnazione degli obiettivi in una logica di attribuzione "a cascata". Tenendo conto degli indicatori di performance nazionali, delle indicazioni regionali (tra cui si annoverano gli "Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati annualmente ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali", specifiche direttive regionali, piani di attività ecc) e della analisi aziendale della strategia da seguire (con riferimento all'Atto Aziendale, Piani di Attività, Piano Anticorruzione e Trasparenza, procedure aziendali, progetti specifici, ecc.), ogni anno sono identificate le principali aree di azione e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

Ad ogni struttura aziendale vengono quindi assegnati gli obiettivi di competenza che coinvolgono tutto il Personale (Dirigenza e Comparto), attraverso l'attribuzione e la negoziazione di una specifica scheda di budget.

Gli obiettivi della scheda di budget si articolano in tre macro categorie:

- economici e di attività (efficienza economica e organizzativa);



www.regione.piemonte.it/sanita

3/7

Azienda Sanitaria Locale NO

DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564

GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

- appropriatezza e qualità (efficacia: appropriatezza dei processi assistenziali ed esiti),
- innovazione e sviluppo (sviluppo futuro dell'organizzazione e orientamento all'utente).

La scheda tipo, per ogni obiettivo, prevede:

- la descrizione dell'obiettivo,
- l'indicatore utile per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo, che può prevedere tempistiche di misurazione in corso d'anno,
- lo standard, che rappresenta il target, ovvero il valore atteso dell'indicatore e le correlate scadenze di attuazione,
- il timing di misurazione e valutazione,
- le eventuali strutture coinvolte nella realizzazione dell'obiettivo,
- la documentazione attesa, ovvero l'evidenza documentale che suffraga l'avvenuta realizzazione/raggiungimento dell'obiettivo
- il peso percentuale di ciascun obiettivo, che viene attribuito per ogni area di appartenenza del personale (Area Dirigenza, Area comparto sanità, Area Comparto tecnico amministrativo) e che può essere differente tra le aree, in quanto correlato all'impegno previsto per la singola area nel concorrere al raggiungimento dell'obiettivo.

2) Fase di monitoraggio dei risultati in corso di esercizio

Il monitoraggio degli obiettivi delle strutture viene effettuato a cura della Struttura Tecnica di supporto all'OIV, unitamente ai responsabili/referenti degli obiettivi, attraverso il Cruscotto ASL NO - un sistema di monitoraggio e reporting delle attività aziendali appositamente progettato e sviluppato in ASL NO, in uso dal 2014 -.

È possibile la revisione di obiettivi, in caso di provata impossibilità del raggiungimento degli stessi dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

3) Fase di misurazione e valutazione dei risultati

L'attività di controllo dei risultati è sintetizzabile in quattro punti cardine:

1. Misurare la situazione attuale e compararla con il piano generale;
2. Valutare le cause di scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato;
3. Identificare i possibili interventi correttivi sulle azioni o sugli obiettivi; tali interventi possono essere orientati a mettere in atto azioni correttive o a modificare gli obiettivi assegnati (fase di feedback);
4. Stimare il punto di arrivo; proiettando sul futuro i risultati ottenuti è possibile prevedere i risultati attesi di fine esercizio.

Secondo il timing di misurazione e valutazione indicato nella scheda di budget, si procede alla misurazione delle performance organizzativa a livello di struttura; la valutazione della performance organizzativa di struttura compete all'Organismo Indipendente di Valutazione.



www.regione.piemonte.it/sanita

4/7

Azienda Sanitaria Locale NO
DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564
GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO
Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

A conclusione del progetto o dell'anno (esercizio finanziario) il processo di valutazione delle performance esita nel processo di erogazione dei relativi premi, che viene gestito dalla sc Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane, secondo le modalità definite nella contrattazione integrativa aziendale.

c. Tempi

La sperimentazione si svilupperà nel corso del 2020.

Il ciclo di gestione della performance organizzativa sarà caratterizzato dall'assegnazione al personale dell'area della Dirigenza e del Comparto di obiettivi anche infra-annuali, funzionali ad una più efficace rappresentazione dei risultati, riportati in un'unica scheda di budget assegnata alla specifica struttura e sottoscritta sia dal Direttore/Responsabile sia dal Coordinatore della medesima struttura.

Le verifiche sul raggiungimento dei suddetti obiettivi verranno effettuate in corso d'anno e a ciascuna verifica e attestazione positiva, certificata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), farà seguito la corresponsione del relativo premio.

Relativamente alla performance individuale restano confermate le modalità di valutazione degli anni precedenti.

I criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance organizzativa e individuale sono oggetto di contrattazione integrativa aziendale con le rispettive Organizzazioni Sindacali, con le quali è già stato formalmente avviato il negoziato.

d. Risorse/Costi

Non si stimano costi aggiuntivi rispetto a quelli annualmente consuntivati per lo svolgimento delle attività connesse al SiMiVaP: l'ASL NO continuerà ad utilizzare per la sperimentazione della modalità innovativa proposta le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili, con una differente pianificazione (nel breve e nel medio-lungo periodo) delle attività abitualmente effettuate.

RISULTATI ATTESI

Gli obiettivi di performance organizzativa rappresentano i "traguardi" che l'ASL deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (Dirigenza e Comparto) sono chiamati a contribuire. Si auspica che la modifica del modello di valutazione della performance organizzativa possa:

- favorire la crescita della cultura della valutazione in azienda



www.regione.piemonte.it/sanita

5/7

Azienda Sanitaria Locale NO
DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564
GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO
Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

- comportare un incremento della motivazione del personale nel perseguire gli obiettivi prefissati nell'ambito di progetti di breve e medio-lungo periodo
- supportare il miglioramento organizzativo e la valorizzazione delle risorse umane

VALUTAZIONE

Indicatori di processo

a) *Criterio: condivisione della sperimentazione con tutti gli attori aziendali coinvolti nel ciclo della performance*

Indicatore 1: n. incontri informativi

Standard 1: almeno 1 con OO.SS. della Dirigenza e del Comparto e 1 con Collegio di Direzione entro 21/01/2020

Indicatore 2: nota illustrativa della sperimentazione Si.mi.Va.P. con “progetti”

Standard 2: inviata a tutto il Personale tramite mail aziendale entro 21/01/2020

b) *Criterio: rispetto dei tempi per definizione ed assegnazione obiettivi e per valutazione del loro raggiungimento*

Indicatore 1: scheda budget 2020 per ciascuna struttura

Standard 1: sottoscritta da Strutture organizzative entro 15/02/2020

Indicatore 2: validazioni del raggiungimento degli obiettivi da parte dell'OIV

Standard 2: secondo le scadenze programmate (infra-annuali e annuali)

Indicatore di risultato

Criterio: realizzazione dei progetti entro la tempistica determinata (= valore creato dal modello innovativo in termini di miglioramento della qualità dei servizi dell'ASL NO)

Indicatore: % indicatori dei progetti che hanno raggiunto lo standard

Standard: valore % > 70%



www.regione.piemonte.it/sanita

6/7

Azienda Sanitaria Locale NO

DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it

Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564

GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

CONCLUSIONI

La sperimentazione è frutto di una policy aziendale orientata alla valutazione della performance “a parità di condizioni” per Dirigenza e Comparto e di un impegno convinto da parte della Direzione Generale per il miglioramento della gestione complessiva del processo.

Si ritiene che la sperimentazione sia necessaria per comprendere:

- le implicazioni del modello innovativo di valutazione di obiettivi infra-annuali, oltre che annuali, per le parti interessate;
- la sostenibilità delle attività programmate per la misurazione e la valutazione della performance secondo le scadenze dei progetti che verranno selezionati, rispettivamente per l’Azienda (che pure al momento non prevede oneri aggiuntivi) e per l’OIV, che deve presidiarne il corretto svolgimento;
- gli adeguamenti necessari alle esigenze aziendali.

Le risultanze della sperimentazione saranno raccolte e commentate nella Relazione Annuale sulla Performance Aziendale che sarà predisposta per l’anno 2020.

Novara, 21/01/2020

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Arabella Fontana



www.regione.piemonte.it/sanita

7/7

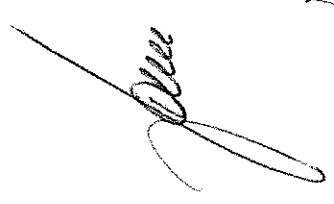


Azienda Sanitaria Locale NO
DIREZIONE GENERALE – Viale Roma, 7 – 28100 Novara - Tel. 0321 374505 – email: direzione@asl.novara.it


Strutture competenti: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA Tel. 0321/374564
GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO
Responsabile: dott.ssa Daniela SARASINO Tel 0321/374407

ALLEGATO 2


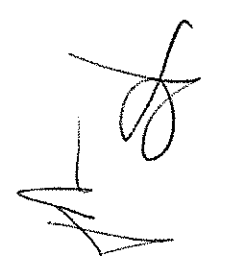


**Schede obiettivi
Dipartimenti e Strutture**

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie						
DIRETTORE DI STRUTTURA: dot. Leo Riede AZZAV		DIRETTORE DI STRUTTURA: dot. Leo Riede AZZAV						
Capitolo Esigibilità		Capitolo Esigibilità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Monitoraggio della turnistica in ottemperanza al Dgs 161/14 recepimento L66/2003	Schede giustificative di scostamento	Rilevazione mensile	31/01/2021	DIPSa; Strutture h24; h12; servizi	Report specifico per singola area: - ospedaliera - territoriale - prevenzione		3	
Coordinare attraverso la rete dei coordinatori il sistema di valutazione del personale del comparto	N° di schede pervenute/ Totale di operatori che afferiscono alla struttura	100%	31/01/2021	DIPSa; S.c. GPVRU; s.c. Sistema informativo e controllo di gestione	1) Verbale 2) Relazione e schede 3) Report	///	3	3



Obiettivi Applicativi 1927A e 1927B								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI ND 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuale	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	///	3	3
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS			
Obiettivi Implementativi e sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Implementazione del Piano Regionale Integrato di Monitoraggio e Allenamento presso la delegata ostetrica (P.R.M.A.O.) e ginecologica (P.R.M.V.A.)	N° schede Observation and response chart - OCR (unitamente alla scheda di "benessere materno fetale in Ostetricia") compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	>90% * * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	31/01/2021	Degenze; DMPO	Report verifica a campione			
Partecipazione al Progetto Regionale di applicazione del Protocollo di Studio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASY-NET (bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute), riguardante il peripartorio dell'intervento chirurgico di isterectomia	Adesione al progetto	Adesione al progetto secondo le indicazioni regionali	31/01/2021	Sc. Ostet/ginecologia; Sc. Chirurgia DMPO	Relazione	///	2	2
Implementazione della struttura organizzativa come previsto dall'atto aziendale e dal nuovo CCNI	Contratto integrativo	entro il 31/12/2020	31/12/2020	DIPSA	Relazione			

PROGETTI SANITARI E SICUREZZA IN AZIENDA						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato il consenso nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	15 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

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

Il Direttore della struttura
[Signature]

Il Coordinatore con incarico Organizzativo della struttura
CPSS INF. Dr.ssa Doriane Carfimali
[Signature]

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena
[Signature]

Il Coordinatore con incarico Organizzativo della struttura
CPSS INF. Sabina Cifotti
[Signature]

Il Direttore Sanitario
Dott. Edoardo Azzan
[Signature]

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana
[Signature]

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE						
STRUTTURA: s.s.d. Gestione e Funzioni Amministrative decentrate a valenza territoriale						
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Paolo Garavana						
Obiettivi (Standard e Attività)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Assicurare la gestione tempestiva delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni dei SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	31/12/2020	Struttura firmataria, SEF	Report SEF	
Implementare lo scambio elettronico dei BUCS/SEDS con le Casse Mutue straniere attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica EESSI	N° riunioni effettuate con referenti	Almeno due nell'anno	31/12/2020	Struttura firmataria	Verbale e Relazione	
Predisporre i contratti ex art. 8-quinquies D. lgs. n. 502/1992 da sottoscrivere con le Strutture Private accreditate convenzionate e pubbliche, ai sensi della normativa regionale, nel rispetto dei fabbisogni di prestazioni e dei tetti di spesa definiti in sede di programmazione delle specifiche deliberazioni regionali e monitorarne l'attuazione	1) Contratti con le strutture pubbliche e private accreditate e IIRCCS di Veruno per l'anno 2019 2) Gestione liquidazione 3) Verifica della conformità della produzione (tasso d'occupazione; distribuzione temporale) delle strutture private rispetto al contratto, propedeutica alla liquidazione dei saldi	1) In funzione delle tempistiche definite dalla Regione 2) Garantire l'applicazione contrattuale 3) Prima della liquidazione	31/12/2020	Struttura firmataria	1) Contratti 2) Report di liquidazione 3) Report	20 / /// / ///
Monitorare e verificare i progetti di ricerca applicata finanziati all'IIRCCS della Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018 punto 4 del Deliberato	1) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IIRCCS 2) Liquidazione delle fatture in funzione della verifica alla rendicontazione	1) 2) Annuale	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria	1) 2) Report	
Obiettivi (Standard e Attività)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Revisione procedurale delle attività di vigilanza con particolare riferimento all'introduzione di verbali a firma digitale	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	SML, SISP, DISTRETTI, STP	Studio di fattibilità	/// / /// / ///
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS*	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20 / 8 / 8
Obiettivi (Standard e Attività)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Al fine di permettere al cittadino di scegliere metodi di pagamento moderni, a minima frizione, e al mercato di poter integrare lo strumento, aggiungendo facilmente nuovi strumenti di pagamento innovativi, rendendo il sistema più aperto e flessibile, partecipare al processo di attivazione del sistema PagoPA, attraverso la formazione del personale e il monitoraggio rispetto al corretto utilizzo del sistema	Azioni finalizzate all'avvio	Effettuate secondo cronoprogramma aziendale	31/12/2020	SEF, SICG, GAVDT	Relazione	10 / /// / ///






Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI, NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D. lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	15	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

Il Dirigente responsabile della struttura
 Dott. Paolo Garavani

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Frasca

Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azziari

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabeila Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assesta di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali DIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

[Firma]
Dott. Paolo Garavara

[Firma]

[Firma]

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico				
DESCRIZIONE		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino				
Obiettivi Economici e Attivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 90.800,00, comprensivo dell'importo di euro 50.000,00 finalizzato alla formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivata richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria, SIGC, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20
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) Monitoraggio dei corsi previsti nei progetti infraannuali 2) Raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo 3) N° iniziative di diffusione della BVS-P attuate nell'anno 4) Procedura Provider	1) secondo le tempistiche funzionali alle verifiche 2) Entro il 31/12/2020 3) Almeno due 4) Secondo tempistica e standard regionale	1) 2) 3) 4) 31/12/2020	GoCSS	1) Report raccolte 2) Proposte formative 3) Attestato partecipazione al corso 4) Procedura	20
Obiettivi Appropriati, Qualità e Obiettivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Coordinare e realizzare, per quanto di competenza, il programma di gestione del rischio	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2020	GoCSS	Relazione	20
Coordinare l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GoCSS	Azioni previste nel programma	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2020	GoCSS	Relazione	20
Obiettivi Informazionali e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Partecipare alla completa implementazione del progetto di CUP Regionale, secondo le attività previste dalla s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione e in particolare trasferendo l'attività di prenotazione nel CUP	N° agende aperte a CUP/ N° totale agende	> 30%	31/12/2020	s.c. Radiologia; s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione, GoCSS	Relazione s.c. SIGC	20
Favorire la sperimentazione del nuovo modello di SIMVAP presso l'ASL NO promuovendo la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita	1) Calendrarizzazione e supporto OIV 2) Azioni predisposte 3) Delibera SIMVAP	1) 2) Entro 31/03/2020 3) 31/12/2020	31/12/2020	GoCSS	Report di sintesi GoCSS	20

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso/effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso/effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'assunzione dei neo-assunti in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento dei neo-assunti (o neo-inserimento nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserimento nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, con firma e data del Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Aring

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Anna Cristina

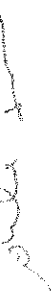
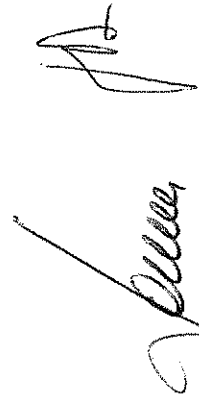

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Dr. Del Gaudio Fabio

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Aderenza 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 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECA impartiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 200/totale operatori della struttura (Solo personale certificato)</p> <p>2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, presenza 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott.ssa Daniela Sarasino




STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Psicologia Clinica DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Lucia Colombo					Peso Comp TA	
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San
Assicurare le attività dello Psicologo ai Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale (NPI, 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 conflitti (Sportello ascolto) 7. SERT	31/12/2020	SSD Psicologia (in accordo con le strutture che si avvalgono dello psicologo)	Piano attività	20	///
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 31/12/2020	31/12/2020	Medico competente; SPP; DSM; SSD Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro		///
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza		Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR		8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *		Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS		8
Migliorare la capacità di socializzazione degli utenti, le loro conoscenze rispetto al disturbo psichiatrico e valorizzare il periodo di degenza, attraverso l'avvio in un concerto tra CSM e SPDC Borgomanero di un progetto innovativo di psicoeducazione		Migliorare la capacità di socializzazione degli utenti, le loro conoscenze rispetto al disturbo psichiatrico e valorizzare il periodo di degenza, attraverso l'avvio in un concerto tra CSM e SPDC Borgomanero di un progetto innovativo di psicoeducazione	Nei modi e nei tempi previsti dal progetto	31/12/2020	DSM, SPS	Relazione	20	///
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta		PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Urologia, s.s.d. Psichiatria, s.c. Ostetrica e Ginecologia, s.c. SSD Gastroenterologia, s.c. SSD Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DiPSa	PDTA aggiornati		///
Revisione del PDTA relativo al Progetto autismo in collaborazione con la SC di NPI e l'ADU Maggiore della Carità di Novara		PDTA revisionato secondo il modello aziendale	PDTA revisionato entro il 31/12/2020	31/01/2021	SSD Psicologia s.c. NPI	PDTA		///
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San

In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quanti individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	31/12/2020	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto	10	///	///
Ampliare l'offerta del servizio prevedendo l'apertura del Servizio di Psicologia Clinica dell'area sud	Servizio attivato	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	31/12/2020	ssd Psicologia	Relazione			
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (OSG 1/03/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DFD- ML, Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione			

ve

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Prestazioni e Risultati (KPI)							Peso Comp TA	Peso Comp San	Peso Diligenza	Documenti attesi	Strutture coinvolte	Timing di misurazione e verifica	Target (Standard)	Indicatore	Descrizione	
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO																
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	06/03/2020 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12								
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24								
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30								
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6								
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale																
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	06/03/2020 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13								
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7								

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott.ssa Lucia Colombo

Lucia Colombo

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Anghela

Francesco Anghela

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzeri

Elide Azzeri

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Arabella Fontana

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

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Sole personale sanitario)</p> <p>2) 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) e 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report respiegativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott.ssa Lucia Colombo

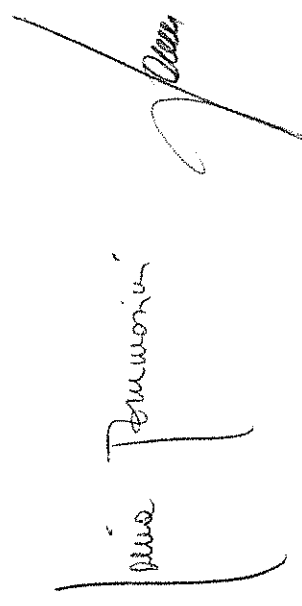
Lucia Colombo


[Signature]

[Signature]

[Signature]

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Funzione Medico Competente							
DIRIGENTE: Dott. Michele Bestagini - Dott.ssa Vania Tomassini		Obiettivi economici e attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT	
Corso di formazione per movimentazione manuale dei pazienti *	N° edizioni del corso nell'anno 2020	Almeno 8 edizioni entro il 31/12/2020	31/12/2020	MC, DIPSA, GPVIRU	Relazione sulla formazione	20	///	///	
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 31/12/2020	31/12/2020	Medico competente; SPP; DSM; ssa Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro				
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR				
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20	8	8	
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Implementare la procedura per la gestione dell'emergenza extra-ospedaliera e monitoraggio della stessa attraverso la raccolta degli indicatori previsti	1) Definizione delle modalità per il superamento delle criticità emerse a seguito della mappatura (materiali, carrello emergenza, DAE, etc) delle diverse sedi territoriali 2) Report con dettaglio delle schede pervenute /N° totale schede attese	1) Entro il 30/04/2020 2) Mensile	1) 30/04/2020 2) 31/12/2020	FMC e strutture territoriali	1) Documento 2) Report	10	///	///	







Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dlr	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/AGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro (istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 5-11.625 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
 Dott. Michele Bestagini
M. Bestagini

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena
F. Arena

Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azzen
E. Azzen

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana
A. Fontana

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE							STRUTTURA: Servizio Prevenzione e Protezione RESPONSABILE: Dott. Andrea Bertaccini								
Obiettivi Economici e Attivi							Obiettivi Adattativi e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp San	Peso Comp TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con il RTSA ad espletare le attività volte a garantire la prevenzione e la protezione antincendio delle strutture dell'ASL NO, ai sensi della normativa vigente, attraverso la predisposizione e gestione dello strumento per il censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità e l'individuazione delle azioni di miglioramento	1) Censimento concluso; 2) definizione del piano dei sopralluoghi da effettuare 3) numero sopralluoghi effettuati/effettuati*100	1) entro il 30/06/2020; 2) entro il 31/07/2020 3) 90% entro il 31/12/2020	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	1) Censimento; 2) Piano sopralluoghi; 3) Verbali sopralluoghi	///	3	Coordinare la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la sst GoCSS	1) definizione fabbisogno formativo 2) tutoraggio dei corsi di formazione in FAD 3) numero sopralluoghi effettuati/effettuati*100	1) entro il 30/04/2020 2) secondo il calendario definito dal GoCSS	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	1) fabbisogno; 2) report	///	3
Garantire la sicurezza dei lavoratori attraverso l'aggiornamento dei DVR delle strutture aziendali	n. DVR aggiornati/Totale DVR da aggiornare*100	80%	31/12/2020	RSPP, MC	DVR	///	3	Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR	///	3
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCSS	///	3	Implementare del Sistema di Gestione della Sicurezza ai sensi dell'art. 30 D.Lgs 81/08, secondo il modello definito dalla Regione Piemonte	modello implementato	entro il 31/12/2020	31/12/2020	RSPP, MC, tutte le strutture aziendali	Relazione	///	2
Obiettivi Ambientali e Sviluppo							Obiettivi Adattativi e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp San	Peso Comp TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp San	Peso Comp TA

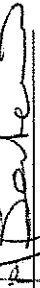




Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO							
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/AGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'assunzione del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale							
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	7	7

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

Responsabile della funzione
Dott. Andrea Bertacchini



Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

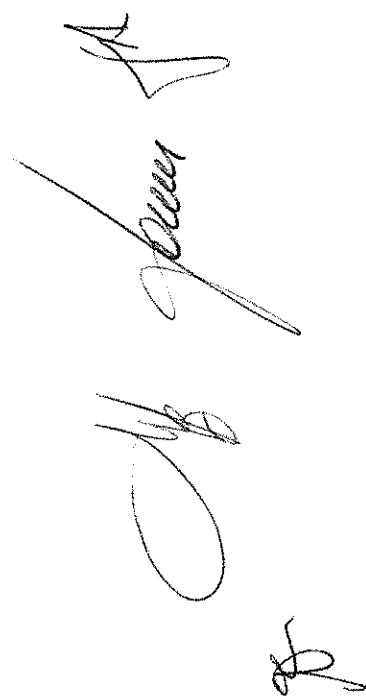


Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



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

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		FUNZIONE Servizio Sociale Professionale Aziendale				
RESPONSABILE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Obiettivi Operativi e Attività		Peso Comp TA	
			Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte		
Coordinare il Tavolo Interdirezionale con gli Enti Gestori e monitorarne l'attività	Incontri del tavolo tecnico coordinati	almeno 3/anno	28/02/2020	Struttura firmataria	Verbal Peso Dirigenza 3 Peso Comp San 3	
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento all' chiusura delle cartelle in FAR SIAD entro le tempistiche definite dalla Regione	N° cartelle chiuse entro tempistica/totale di cartelle*100	100	Mensilmente	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG Peso Dirigenza /// Peso Comp San 3	
Obiettivi Appropriati e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Obiettivi Operativi e Attività		Peso Comp TA	
			Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte		
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NG 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR Peso Dirigenza /// Peso Comp San 3	
Obiettivi Appropriati e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Obiettivi Operativi e Attività		Peso Comp TA	
			Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte		
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS Peso Dirigenza /// Peso Comp San 2	



Obiettivi aziendali e obiettivi triennali						
Descrizione	Indicatore	Target (standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consimento nei termini assegnati	12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D. lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOCS5 (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	7 / 7

(*) 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 responsabile della FUNZIONE

Dott.ssa Maria Grazia Bresciani




Il Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Mezzanese



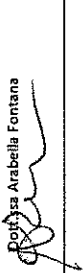
Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Elide Aznan



Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana



DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Teruggi

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 1.101.869,25, corrispondente al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) Audit previsti dall'allegato 7 del piano anticorruzione 2) Adempimenti al piano Anticorruzione e Trasparenza 3) Aggiornamento crucotto e validazione obiettivi delle strutture relativamente alla trasparenza e anticorruzione	1) 100% audit previsti al 31/12/2020 2) 100% entro 31/12/2020 3) In corso d'anno, entro il 31/12/2020	31/12/2020	Tutte le strutture	1) Report CdG 2) Report SEF	20	///	///
Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico	Gestione campagne di comunicazione	Almeno 2 iniziative nell'anno	31/12/2020	ALCAT	Relazione				
DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate, con particolare riferimento all'aggiornamento della procedura sul consenso informato e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)	Entro il 30/06/2020	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR	Relazione UGR		20	///	///
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla S.S.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Entro il 30/04/2020	30/04/2020	ALCAT	Piano		10	///	///

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA				
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso degli apparecchiature elettriche non inventariate dell'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12				
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24				
3) Effettuare la formazione sistemica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30				
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6				
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale												
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13				
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7				

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati. (**) Struttura capillar: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott. Claudio Teruggi



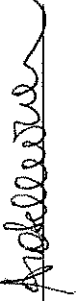
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Argano



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzen



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

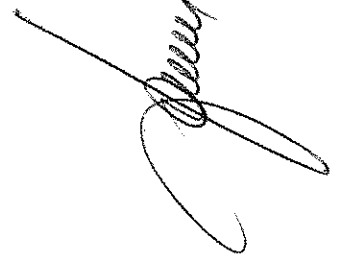


VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Aderione 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verball OIV</p> <p>2) Verball incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verball</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

PGI-Claudio Teruggi





STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario						
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Barbara Buono		Obiettivi Economici e Attivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Chiusura del Bilancio 2019	Redazione dei documenti e scritture contabili	Entro i tempi previsti dalla Regione	31/12/2020	SEF	Delibera			
Accordo transattivo con fornitore su interessi di mora	Conclusione di almeno due accordi con impresa fornitrice (o factor)	Entro 31/12/2020	31/12/2020	SEF	Determina	20	///	///
Supporto alla Direzione Amministrativa per l'approvazione e aggiornamenti piano investimenti 2020	Istruttoria e predisposizione atti relativi	Termini previsti da atti/norme regionali/statali	31/12/2020	SEF	Delibera			
Obiettivi Economici e Passivi		Obiettivi Economici e Passivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Assicurare la tempestività dei pagamenti delle fatture dei fornitori privati	N° fatture pagate/N° fatture liquidate	Indicatore di tempestività dei pagamenti uguale o minore di zero	31/12/2020	SEF - SICG	Indicatore pubblicato sul sito aziendale			
Gestione quadratura e parifica al bilancio resa dei Magazzini e altri agenti contabili anno 2019		Entro il 31/05/2020	31/12/2020	STP-Farmacia Ospedaliera - Farmacia territoriale - Distretti	Determina diligenza	20	///	///
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla S.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS		8	8
Obiettivi Economici e Misto		Obiettivi Economici e Misto						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Attivazione PagoPA	Valutazione modifiche tecnico-organizzative necessarie per la transizione al nuovo sistema di pagamento	Entro 30/06/2020	30/06/2020	SEF, SICG	Relazione	10	///	///

DESCRIZIONE DELLA POLITICA DELLA SICUREZZA IN ASI NO		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO									
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12	
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura).	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia Intra che extra-aziendale									
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	5	7	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzen

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>2) Preposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>2a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 popv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Barbara Buono

STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Corona

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	STRUTTURE COINVOLTE	DOCUMENTI ATTESI	PESO DIRIGENZA	PESO COMP SAN	PESO COMP TA
1) Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Rispetto del tetto di spesa per risorse umane per l'anno 2020 definito con D.G.R. n. 40-7703 del 12.10.18 in euro 104.666.971,00 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) S valore del budget assegnato con eventuale revisione sulle base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 3) 1/12/2020	Struttura firmataria, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20	///	///	
1) 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	Trimestrale	GPVRU	1) Indicazioni 2) Report verifica				

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	STRUTTURE COINVOLTE	DOCUMENTI ATTESI	PESO DIRIGENZA	PESO COMP SAN	PESO COMP TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	///	///	///	
Gestione documentale	1) Analisi ambiti di applicazione con supporto consulente archivistico 2) Partecipazione al corso sull'uso del sistema 3) Avvio del sistema	1) Entro il 30/09/2020 2) Almeno 70% operatori 3) Entro il 31/12/2020	31/12/2020	GPVRU	Report SICG	20	8	8	

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	STRUTTURE COINVOLTE	DOCUMENTI ATTESI	PESO DIRIGENZA	PESO COMP SAN	PESO COMP TA
Effettuare analisi di fattibilità di sviluppo di forme di lavoro agile e/o telelavoro	Progetto di fattibilità	Predisposto entro il 31/12/2020	31/12/2020	GPVRU	Progetto	10	///	///	
Favorire l'applicazione sperimentale del nuovo modello di SIMIVAP presso l'ASL NO, garantendo la tempestività di liquidazione delle premialità a seguito della verifica di realizzazione dei progetti obiettivo da parte dell'ONV	Percentuale di premialità corrisposte nel rispetto delle scadenze	100% delle premialità corrisposte nei tempi previsti	Bimestrale	GPVRU	Report				

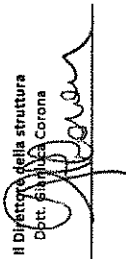
[Handwritten signatures and initials]

PROGETTI E MONITORAGGI SULLI ASPETTI ORGANIZZATIVI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 05/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

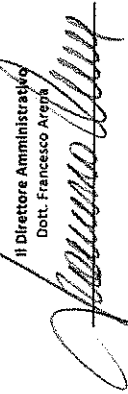
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

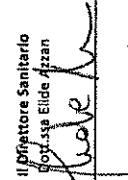
Il Direttore della struttura
Dott. Fulvia Corona



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

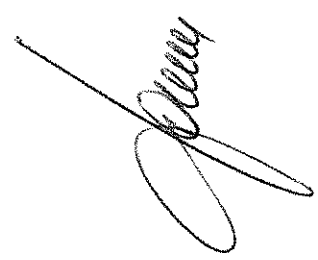


VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVdip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Attendibili 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>




Il Direttore della struttura

Dott. Gianluca Corone



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE							STRUTTURA: s.c. - Sistema Informativo e Controllo di Gestione										
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Luisella Cendron							DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Luisella Cendron										
Obiettivi Economici e Attivita'							Obiettivi Economici e Attivita'										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 2.153.600,00, corrispondente al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria, SIGC, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20	///	///									
Adeguamento e sviluppo del sito aziendale	Coordinamento delle attività previste per l'attuazione del sito	Secondo il cronoprogramma concordato	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione												
Sviluppo di progetti specifici: - Completamento migrazione applicativi su infrastruttura Cloud - Revisione delle policy di gestione degli accessi - Collaborazione alla revisione del servizio on line per "Cambio medico di famiglia"	Azioni effettuate	Secondo il cronoprogramma concordato	31/12/2020	SIGC	Relazione												
Obiettivi Operativi e Qualita'							Obiettivi Operativi e Qualita'										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS	20	8	8									
Mantenimento ed evoluzione Registro dei Trattamenti, attraverso la revisione periodica del Registro ed ampliamento dei contenuti con il coinvolgimento di tutte le Strutture aziendali	Registro dei Trattamenti revisionato	Almeno una volta all'anno	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Registro dei Trattamenti		///	///									
Obiettivi Informativi e Sviluppo							Obiettivi Informativi e Sviluppo										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Garantire il coordinamento di specifici progetti di sviluppo aziendale e specificatamente: 1) Completa implementazione del progetto di CUP Regionale 2) Sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico	Azioni effettuate	Secondo i modi e i tempi previsti	31/12/2020	1) SIGC; STP, Radiologia, Anatomia Patologica, Strutture ambulatoriali, GoCSS 2) STP, URE, Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica, Radiologia, DEA, Reparti di degenza	Relazione	10	///	///									
Garantire il supporto tecnico di specifici progetti di sviluppo aziendale e specificatamente: 1) Utilizzo Nodo Sismatamento Ordini 2) Attivazione PagoPA	Azioni effettuate	Secondo i modi e i tempi previsti	31/12/2020	1) SIGC; STP, Ordinatori di spesa 2) SIGC, SEF, GAVT	Relazione												

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio struttura che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'Inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Luisella Cendron

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Merlo

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Mazzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

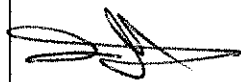
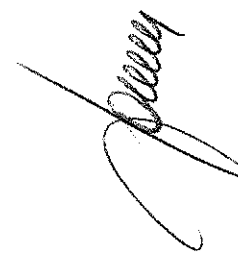
Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Ing. Carlo Faenzi

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
		<p>1) N. operatori che hanno accolto il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Luisa Centron



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Silvano Bonelli			
Obiettivi Economici e Attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 29.527.782,68, con una contrazione di euro 300.000,00 rispetto al fabbisogno presentato. All'interno dell'importo citato, la cifra di euro 1.550.000,00 è vincolata alla gestione dell'Area Ingegneria Clinica, con verifica a luglio 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mes	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	31/12/2020
Dare corso al Piano di investimenti 2019-2021, predisponendo i capitolati di gare per l'acquisizione dei beni e servizi, in modo da garantire le tempistiche di acquisizione definite nel Piano	1) Calendario per l'attivazione die capitolati di gara 2) Gare predisposte nei tempi utili all'acquisizione dei beni e servizi secondo il calendario definito/totale della gara da predisporre*100	1) calendario predisposto entro il 31/03/2020 2) 80%	31/12/2020
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N° sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	28/02/2021
Obiettivi Proprietà, Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
1) Programmazione annuale di manutenzione ordinaria e straordinaria lavori e forniture	1) Programma annuale concordato con la Direzione Generale 2) Interventi effettuati/interventi finanziati 3) Procedura per la gestione della manutenzione nell'ambito edilizio, impianti e apparecchiature elettromedicali (manuale di manutenzione)	1) Programma definito entro il 30/04/2020 2) ≥ 80% degli interventi finanziati 3) Entro il 30/06/2020	31/12/2020
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.a.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020
Obiettivi Impulsione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Dare corso a specifici progetti quali: 1) Implementazione del progetto di CUP Regionale, attraverso la gestione delle procedure di acquisizione 2) Sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico 3) Utilizzo Nodo Smistamento Ordini, effettuandone il coordinamento	1, 2) Procedure di acquisizione predisposte 3) Progetto concluso	1, 2) Secondo le tempistiche definite 3) Secondo le tempistiche definite dal cronoprogramma	31/12/2020
Governare la realizzazione del Progetto relativo all'ampilamento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	Report periodico relativo allo stato di avanzamento delle attività, compresi gli ontri con i Directori/Responsabili delle strutture coinvolte	Almeno trimestrale	31/12/2020

[Signature]

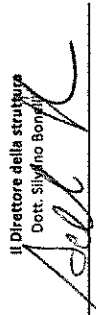
[Signature]


[Signature]


[Signature]

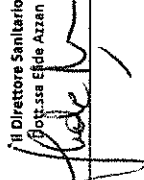
Progetti annuali e obiettivi triennali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigente / Peso Comp. San / Peso Comp. TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI. NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI. NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consensimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI. NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI. NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI. NO	3 / 7 / 7

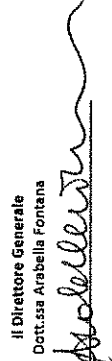
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati. (***) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.


Il Direttore della struttura
Dott. Silvano Bonafantini


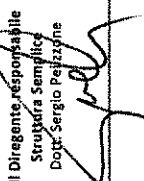
Il Direttore responsabile
Struttura Semplice
Arch. Silvano Strola


Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Ayra


Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elda Azzan


Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana


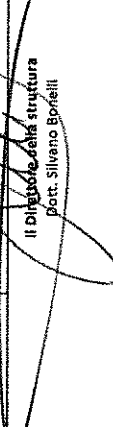
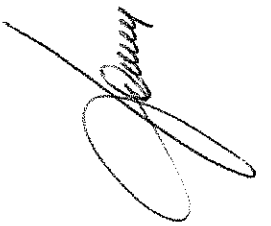


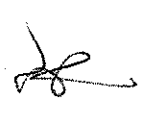

Il Dirigente di
Altissima Specializzazione
Dott.ssa Antonella Vaisesia


Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Dott. Sergio Pezzone


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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario))</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente della struttura
Dott. Silvano Spirelli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian						
Obiettivo Strategico Aziendale						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Monitorare la redazione e l'applicazione dei piani aziendali per la promozione della salute: - Piano Locale di Prevenzione (PLP) - Pansa - Piano Annuale di Educazione alla Salute	1) PLP e Pansa predisposti 2) N azioni realizzate/totali delle azioni previste * 100 (Pansa e PLP) 3) Rendicontazione del PLP e del Pansa 4) Piano di Educazione alla Salute predisposto 5) Rendicontazione del Piano di Educazione alla salute	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	280/03/2021	Tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione, DPD, DMPO	1) PLP 2) 3) Rendicontazione PLP 4) Piano Annuale di Educazione alla Salute 5) Rendicontazione Piano Annuale di Educazione alla Salute	40
Obiettivo Strategico Aziendale						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
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 31/03/2021	1) 31/12/2020 2) 31/03/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	30
Obiettivo Strategico Aziendale						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Favorire un dialogo virtuoso e diretto tra tutti gli operatori, con particolare riferimento a specifiche attività del Dipartimento di Prevenzione: strategie vaccinali, screening, stili di vita attraverso gli incontri con le équipes dei MMG e PMLS (e Case Salute) e con i Distretti Sanitari	N° incontri con le équipe effettuati nell'anno	Almeno 1	31/12/2020	DP	Relazione	30
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivi entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SIMNvAP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GoCSS	

Il Coordinatore
CPSS INF Dott.ssa Laura Signorotti

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zullian

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Mirna

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

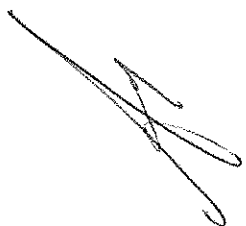

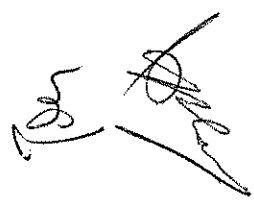
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati	
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Maurizio Roceri	

Obiettivi Economici e Attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Sussidiarie Salute (setti di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...), e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) > 90%	28/02/2021
			Strutture coinvolte nel PLP/PAISA
			Documenti attesi
			Rendicontazione del PLP/PAISA
			Peso Dirigenza
			20
			Peso Comp San
			///
			Peso Comp TA
			///

Obiettivi Appropriati e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Collaborare con la SSD GOCCS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	Invio scheda di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2020 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	31/12/2020
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020
			Tutte le strutture previste nel Programma
			Relazione UGR
			Peso Dirigenza
			20
			Peso Comp San
			8
			Peso Comp TA
			8

Obiettivi Innovativi e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Promuovere l'attività congiunta tra Strutture di sicurezza alimentare del D.P. nell'ambito del controllo ufficiale rivolto alle aree mercatali dell'ASL NO	1) Mappatura delle aree mercatali 2) Istruzioni operative per il controllo ufficiale congiunto	1) Entro il 30/06/2020 2) Entro il 31/12/2020	1) 2) 31/12/2020
			Strutture coinvolte
			SIAN - SIAV B
			Documenti attesi
			1) Relazione 2) Istruzione operativa
			Peso Dirigenza
			10
			Peso Comp San
			///
			Peso Comp TA
			///

Progetti aziendali e obiettivi trasversali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti a percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo organizzato da RSPP entro il 06/09/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/09/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/09/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo la modalità condivisa con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4 / 5 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/09/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/09/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scritte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	7 / 3 / 7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.623 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 della struttura
Dot. Maurizio Roceri

Il Direttore di Dipartimento
Dot. Gianfranco Zullian

Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Areny

Il Direttore Sanitario
Dot.ssa Elide Azari

Il Direttore Generale
Dot.ssa Arabella Fontana

[Signature]
Il Coordinatore con incarico organizzativo della struttura
CPSS TdP Paolo Pontetto

[Signature]
Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Areny

[Signature]
Il Direttore Sanitario
Dot.ssa Elide Azari

[Signature]
Il Direttore Generale
Dot.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVOP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1., CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 151 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 prima per via scritta tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla scadenza degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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. (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura a rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

Il Direttore della struttura

Luigi Maresca

Luigi Maresca

[Signature]

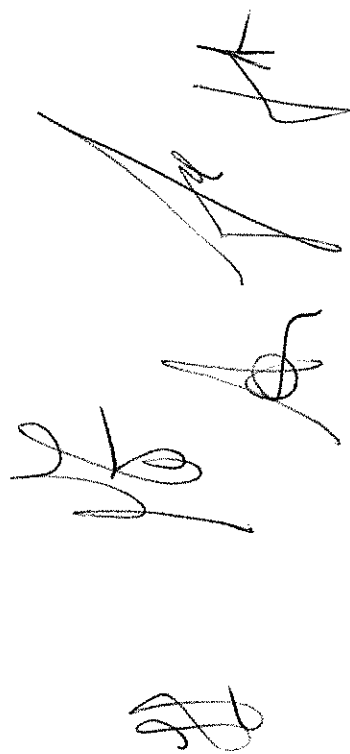
[Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina legale				
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianfranco Zulian				
OBIETTIVI ECONOMICI E SANITARI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
Svolgere le attività di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile - handicap - disabilità, nell'ottica di una gestione integrata ASL/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) Implementazione e monitoraggio sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti, attraverso la valutazione degli indicatori previsti dall'accordo 2) Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e domiciliari con particolare attenzione per la L.80/2006	1) Report semestrale monitoraggio indicatori previsti nell'accordo 2) =2019 e comunque entro lo standard regionale	28/02/2021	ML, Distretti	Report	/// ///
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N° sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	28/02/2021	Distretti, SISP, STP, ML, GAVDT	Relazione	///
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	≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	

Obiettivo: Appropriatazza e Qualità							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	
Collaborare con la SSD GoCCS, 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 evidenze di correlazione tra dati epidemiologici e attività	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla SSD GoCCS	20	8	8	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate, con particolare riferimento all'aggiornamento della procedura sul consenso informato e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)	Entro il 30/06/2020	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR	Relazione UGR	20	8	8	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GoCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GoCCS				
Obiettivo: Imporzabilità e Sviluppo							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 4/03/2019 N. 10-8475). Ricepimento e primi indirizzi attuali	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DPD - ML, Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione	10	8	8	
Con particolare riferimento alle attività di riscontro diagnostico autopistico, allestire una apposita cartella informatizzata di raccolta dati delle attività necroscopiche	Definizione della cartella informatizzata e analisi di fattibilità con SICG	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	ML, SICG	Strumento di lavoro e Analisi di fattibilità	10	8	8	




Progetti e attività programmati						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totali preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totali operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totali operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCS5 (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia Intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totali operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

(*) 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 della Struttura
Dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Eliside Azzarà

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF/Alessandra Mondini

Alessandra Mondini

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

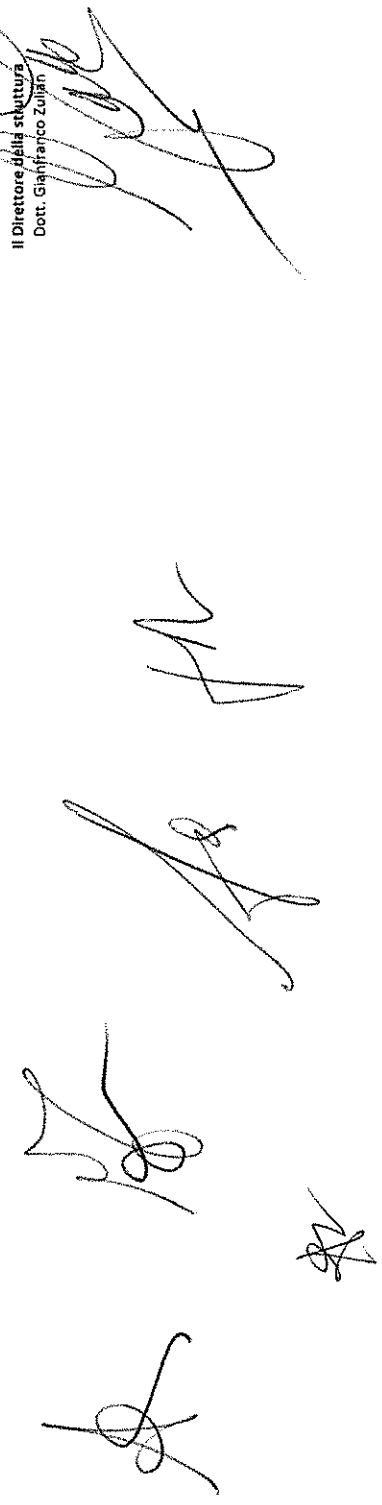
Francesco Arena

Arabella Fontana

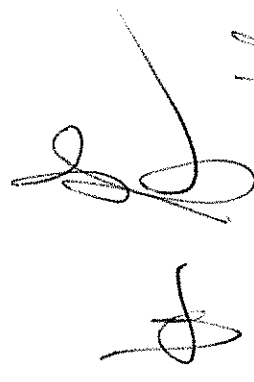
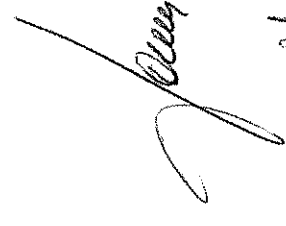

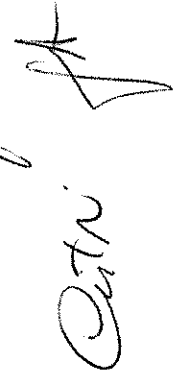
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVD/Ip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Aderione 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato dalla verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2. 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report replicativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Gianfranco Zullian



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro				
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Ivana Cucco				
OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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	≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20 / // / //
OBIETTIVI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Collaborare con la SSO GoC5S, 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 attività	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, IM, s.s. Atcologib	Schede revisionate e inviate alla s.s. GoC5S	// / //
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma	Relazione UGR	20 / 8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOC5S	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOC5S	// / //
OBIETTIVI IMPAZIONE E SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Sviluppo della rete WHP nel territorio novarese	Prosecuzione del progetto rete WHP Novara, coinvolgendo un maggior numero di imprese	Almeno 10 aziende	28/02/2021	SPRESAL	Rendicontazione attuazione progetto	10 / // / //

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/AGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predispozione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale della struttura	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Dott.ssa Ivana Cucco
Dott. Gianfranco Zulian
Dott. Francesco Acena
Dott.ssa Elide Azzar
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Dott.ssa Ivana Cucco
Dott. Gianfranco Zulian
Dott. Francesco Acena
Dott.ssa Elide Azzar
Dott.ssa Arabella Fontana

CPSS INF AFD Alessandra Curti

CPSS TRIP Dr. Valter Lazzarotto

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Dott.ssa Ivana Cucco
Dott. Gianfranco Zulian
Dott. Francesco Acena
Dott.ssa Elide Azzar
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 151 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a Incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali QIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario))</p> <p>2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sinetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) 2. 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riplotogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott.ssa Ivana Cucco


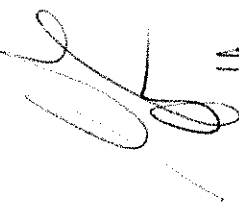

Ivana Cucco


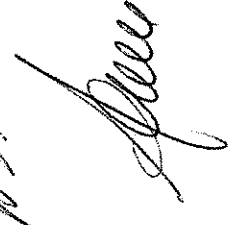

[Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione				
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvana Pitrolo				
OBIETTIVI ECONOMICI E ATTUALI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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...) e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20 /// ///
OBIETTIVI APPROPRIATEZZA E QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Collaborare con lo 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 attività	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, MI, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GOCSS	/// /// ///
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2020 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	31/12/2020	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 2) Report	20 /// ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma	Relazione UGR	8 8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	/// /// ///
OBIETTIVI INNOVAZIONE E SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Promuovere l'attività congiunta tra Strutture di sicurezza alimentare del D.P. nell'ambito del controllo ufficiale rivolto alle aree mercatali dell'ASL NO	1) Mappatura delle aree mercatali 2) Istruzioni operative per il controllo ufficiale congiunto	1) Entro il 30/06/2020 2) Entro il 31/12/2020	1) 2) 31/12/2020	SIAN - SIAV B	1) Relazione 2) Istruzione operativa	10 /// ///






Progetti aziendali e obiettivi infrastrutturali						Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7


(*) 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 della struttura
Dott.ssa Silvana Pitrolo


Il Coordinatore della struttura
CPSS TdP Dr. Davide Borignon


Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Ziliani


Il Coordinatore della struttura
CPSS TdP Fausto Bovio

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco...


Il Coordinatore della struttura
CPSS ASV Giovanna Magagnoli

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Arabin


Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali QIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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.pv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 crediti</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti</p> <p>2) Report riempitivo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Silvana Pitrolo

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: s.c. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Aniello Esposito

Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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	≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	///
Applicare il Piano locale vaccinale, in simonia 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 (MPR 1° dose)	≥ 2019	28/02/2021	SISP	Relazione	20 / ///
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N° sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	28/02/2021	Distretti, SISP, STP, ML, GAVDT	Relazione	///
Obiettivi di Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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 attività	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SISP, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SEAD, ML, s.s. Alcolologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GOCSS	///
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 31/12/2020	31/12/2020	SISP	Relazione	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma	Relazione UGR	20
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	8 / 8
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Implementazione del nuovo applicativo informatico "SIRVA" per la gestione integrata dell'attività vaccinale nell'area regionale	Utilizzo del nuovo applicativo	Entro il 31/12/2020	31/01/2021	SISP	Relazione	10 / ///

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO						Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le Istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12				
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24				
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/AGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30				
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6				
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale												
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13				
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7				

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625-06/22.6.09, 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 della struttura
Dott. Affelio Esposito

Il Coordinatore della struttura
CPSI INF D.ssa Rossella Pepe

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

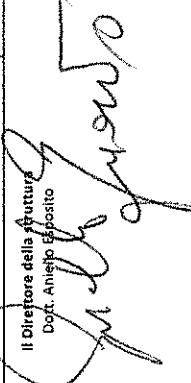
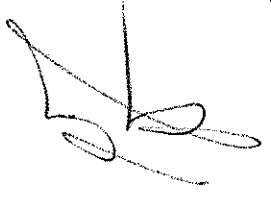



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzari

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutate scostamenti, definite azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dot. Anselmo Esposito

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemiologia veterinaria				
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli - Dott. Pierangelo Obezzi				
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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...), e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20 /// ///
Obiettivi Operativi e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla SSD GoCSS	/// ///
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2020 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	31/12/2020	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 2) Report	/// ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma	Relazione UGR	20 8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GoCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GoCSS	///
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Procedere alla informatizzazione delle documentazioni per rilascio pareri autorizzativi strutture di detenzione animali (SIAV A) e delle documentazioni relative al rilascio dei codici aziendali per strutture di allevamento e detenzione di animali da reddito (PMPPV)	Documenti in formato elettronico	Almeno il 90% della documentazione entro il 31/12/2020	31/01/2021	SIAV A	Documenti informatizzati	10 /// ///

Progetti aziendali e obiettivi infrastrutturali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp SA / Peso Comp San
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs.81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/05/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/AGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-525 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 della struttura
Dott. Franco Tinelli

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zuffan

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Agnà

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Dirigente responsabile S.S.
Dott. Pierangelo Obizzi

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 efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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.pv sulla scheda tipo</p> <p>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'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p> <p>1) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p> <p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Franco Tiffini

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche				
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Pierluigi Rattone				
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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...), e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 21 ± 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20 /// ///
Obiettivi Operativi e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
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	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, MIL, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla SSD GoCSS	/// ///
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2020 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	31/12/2020	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 2) Report	20 8 8
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma	Relazione UGR	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Antimicrobico resistenza: verifica dell'utilizzo della Collistina negli allevamenti suini dell'ASL NO	Ispezioni presso allevamenti suini con redazione di apposita check list dedicata	50% entro il 31/12/2020	31/12/2020	SIAV C	Relazione	10 /// ///

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.

PROMUOVENDO LA SICUREZZA E IL BENESSERE						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia Intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

(*) 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 della struttura
Dott. Pierluigi Rattone

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zullian

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azvan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV Dip 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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>SISTEMA INFORMATIVO: 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott. Pierluigi Rattone





STRUTTURA: s.s.d. Unità Valutazione Organizzazione Screening

DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini

DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian

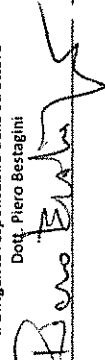
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
<p>Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura invitati e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)</p>		<p>1) N° azioni previste dal Piano aziendale/totale azioni previste *100 2) Indicatori previsti dalla Regione</p>	<p>1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>UVOS</p>	<p>REPORT</p>	<p>20</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
Obiettivi Quantitativi e Qualitativi									
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
<p>Collaborare con la SSD GoCCS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici</p>		<p>N° schede di immagini di salute revisionate o nuove attività</p>	<p>Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività</p>	<p>Entro il 28/02/2021</p>	<p>SIAV, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia</p>	<p>Schede revisionate e inviate alla s.s. GoCCS</p>	<p>///</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza</p>		<p>Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate</p>	<p>Nei modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>28/02/2021</p>	<p>Tutte le strutture previste nel Programma</p>	<p>Relazione USR</p>	<p>20</p>	<p>8</p>	<p>8</p>
<p>Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *</p>		<p>Azioni previste nel programma di accreditamento attuate</p>	<p>Nei modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>30/09/2020</p>	<p>Tutte le strutture aziendali</p>	<p>Relazione GOCCS</p>	<p>///</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
Obiettivi Innovazioni e Sviluppo									
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
<p>Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018</p>		<p>N° sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100</p>	<p>Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%</p>	<p>28/02/2021</p>	<p>Distretti, SISP, STP, ML, GAVDT</p>	<p>Relazione</p>	<p>10</p>	<p>///</p>	<p>///</p>

Progetti aziendali e obiettivi triennali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7 12 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 24 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale, sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 30 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 6 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 13 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 7 7

(*) 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.

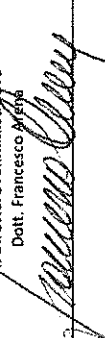
Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Piero Bestagini



Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zuljan



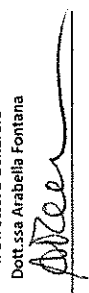
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Azzan



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Adele Azzan



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevute di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevute di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Report del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott. Piero Bestagini

STRUTTURE AREA TERRITORIALE

STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Bartolomeo Filii

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	STRUTTURE COINVOLTE	DOCUMENTI ATTESI	DIRIGENZA	PESSO COMP SAN	PESSO COMP TA
<p>Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento</p>		<p>1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 17.419.000,00, con rivalutazione a luglio 2020</p> <p>2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore / mese</p>	<p>1) S. valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento motivate richieste da parte del Direttore di Struttura</p> <p>2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>Struttura firmataria, SKG, SEF</p>	<p>1) Report CdG 2) Report SF</p>	<p>20</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva</p> <p>- delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGSA</p> <p>- dei ricoveri</p> <p>- dei farmaci</p>		<p>1) Verifica campionario dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali vs RAO</p> <p>2) Report dei consumi di prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, accessi DEA e farmaci per MMG</p> <p>3) Verballi Commissioni Distrettuali Appropriatezza Prescrittiva farmaceutica</p>	<p>1) Verifica effettuata almento per l'RAO cardiologia e gastroenterologia</p> <p>2) Modello di report predisposto entro il 30/04/2020 e avvio della reportistica trimestrale</p> <p>3) Verballi predisposti per tutte le commissioni effettuate</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>Distretti</p>	<p>1) Relazione 2) Report 3) Verballi</p>	<p>20</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case della Salute, ambulatori cronici), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla regione - DGR 3D-6425 del 26/01/2018</p>		<p>1) Progettare il modello organizzativo della Casa della salute di pertinenza territoriale</p> <p>2) PDTA implementati</p> <p>3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS di concerto con la ASD GAVDT, per quanto di competenza</p> <p>4) PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica</p>	<p>1) Entro il 31/12/2020</p> <p>2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità</p> <p>3) Annuale</p> <p>4) Entro il 31/12/2020</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano Cronicità</p>	<p>1, 2) Relazione 3) Report 4) PDTA</p>	<p>20</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Descrizione</p> <p>1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia)</p> <p>2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR-SMAD regionale; Flusso C su ECMWED) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun servizio territoriale</p> <p>3) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 36/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018</p>		<p>1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia)</p> <p>2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR-SMAD regionale; Flusso C su ECMWED) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun servizio territoriale</p> <p>3) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 36/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018</p>	<p>1) Entro 31/12/2020</p> <p>2) Secondo scadenze regionali</p> <p>3) Almeno 90% delle Commissioni</p>	<p>31/03/2020</p>	<p>Distretti, GAVDT, MI, SIP, STP</p>	<p>1) Relazione 2) Report 3) Report GAVDT</p>	<p>20</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto</p>		<p>Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate</p>	<p>Nel modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>28/02/2021</p>	<p>Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA</p>	<p>Relazione UGR</p>	<p>20</p>	<p>8</p>	<p>8</p>
<p>Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla S.S.d. GOCSS</p>		<p>Azioni previste nel programma di accreditamento attuate</p>	<p>Nel modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>30/09/2020</p>	<p>Tutte le strutture aziendali</p>	<p>Relazione GOCSS</p>	<p>10</p>	<p>///</p>	<p>///</p>
<p>Descrizione</p> <p>Governare il riordino territoriale delle équipe dei MMG</p> <p>Dare corso a specifici progetti quali: Utilizzo Nodo Smanettamento Orpili</p>		<p>Piano di riorganizzazione delle équipes</p> <p>Utilizzo del sistema e gestione delle informazioni del fornitore</p>	<p>Target (Standard)</p> <p>Piano predisposto entro il 31/12/2020</p> <p>Secondo le tempistiche definite dal cronoprogramma</p>	<p>31/12/2020</p> <p>31/12/2020</p>	<p>Distretti</p> <p>ST, SICC</p>	<p>Piano</p> <p>Report SICC</p>	<p>10</p>	<p>///</p>	<p>///</p>

Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp Sen	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI. NO									
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso formativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI. NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12	
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24	74
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/09/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI. NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GDCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI. NO	4	6	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale									
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI. NO	3	7	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott. Bartolomeo Ficili

Il Direttore Sanitario
Dott. Elisabetta Azzini

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Poggi

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF AFD Elena Parmigiani

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Tiziana Vallierani

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

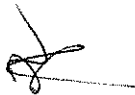
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.3, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RDC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali ORV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 controfirma spv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominalivi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dott. Bartolomeo F...



STRUTTURE AREA TERRITORIALE									
STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud									
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Francesco Grazioli									
Obiettivi Strategici e Azioni									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp IA	
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 35 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 11.212.600,00, con rivalutazione a luglio 2020 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore / mese	1) S. valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 31/12/2020	Struttura firmataria, SIC, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20	///	///	
Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva - delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PINGLA - dei ricoveri - dei farmaci	1) Verifica campionaria dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali vs PAO 2) Report dai consumi di prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, accessi DEA e farmaci per MMG 3) Verbal Commissioni Distrettuali Appropriata Prescrittiva farmaceutica	1) Verifica effettuata almento per l'RAO cardiologia e gastroenterologia 30/04/2020 e serio della reportistica trimestrale 3) Verbal predisposti per tutte le commissioni effettuate	31/12/2020	Distretti	1) Relazione 2) Report 3) Verbal	20	///	///	
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case della Salute, ambulatori cronici), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS della Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	1) Progettare il modello organizzativo della Casa della salute di pertinenza territoriale 2) PDTA implementati 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la sas GAVDT, per quanto di competenza 4) PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	1) Entro il 31/12/2020 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale 4) Entro il 31/12/2020	31/12/2020	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel piano cronicità	1, 2) Relazione 3) Report 4) PDTA				
Obiettivi Appropriati e Qualità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp IA	
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di utilizzazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte concrete, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari) Cure Palliative, infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; Flusso C su ECMWED) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 36/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	1) Entro 31/12/2020 2) Secondo scadenze regionali 3) Almeno 90% delle Commissioni	31/03/2020	Distretti, GAVDT, ML, SIP, SIP	1) Relazione 2) Report 3) Report GAVDT		///	///	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) NEL NO 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR	20	8	8	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS				
Obiettivi Innovativi e Sviluppo									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp IA	
Governare il riordino territoriale delle équipe dei MMG	Piano di riorganizzazione delle équipes	Piano predisposto entro il 31/12/2020	31/12/2020	Distretti	Piano	10	///	///	
Dare corso a specifici progetti quali: Utilizzo Nodo Semistandard Ordini	Utilizzo del sistema e gestione delle informazioni del territorio	Secondo le tempistiche definite dal cronoprogramma	31/12/2020	5T, SIGC	Report SIGC				




Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/focale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPF entro il 30/06/2020	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPF entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPF entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPF 1b) Reibione RSPF con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/focale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPF* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPF	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPF e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistemica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/focale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inscritto nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inscritto nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rilanciare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/focale operatori della struttura	2) 80% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott. Francesco Giamberini

Il Coordinatore della struttura
DSS INF RIA Nistriani
Ave Nistriani

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Spina

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Arzani

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

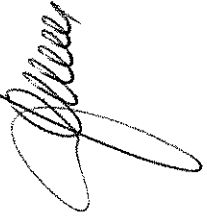
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della legge 461 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, (Vegli obiettivi specifici rispetto all'incarico); 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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.pv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dot. Francesco Grazioli







STRUTTURE AREA TERRITORIALE		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mario Esposito		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara				
Descrizione	Indicatore	Obiettivi Economici e Strutturali						
		Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			
		Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA				
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 56.048.382,00, con rivalutazione a luglio 2020 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	2) S valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 3) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	31/12/2020	Struttura firmataria, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20	///	///
Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva - delle prestazioni di specialità ambulatoriale monitorate dal PINGLA - dei ricoveri - dei farmaci	1) Verifica campionaria dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali vs RAO 2) Report dei consumi di prestazioni di ricovero, specialità ambulatoriale, accessi DEA e farmaci per MMG 3) Verbal Commissioni Distrettuali Appropriatazza Prescrittiva Farmaceutica	1) Verifica effettuata almeno per i RAO cardiologia e gastroenterologia 2) Modello di report predisposto entro il 30/04/2020 e avvio della reportistica trimestrale 3) Verbali predisposti per tutte le commissioni effettuate	31/12/2020	Distretti	1) Relazione 2) Report 3) Verbali	20	///	///
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case della Salute, ambulatori cronici), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/07/2018	1) Progettare il modello organizzativo della Casa della salute di pertinenza territoriale 2) PDTA implementati 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la sud GAVDT, per quanto di competenza 4) PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	1) Entro il 31/12/2020 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale 4) Entro il 31/12/2020	31/12/2020	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità	1, 2) Relazione 3) Report 4) PDTA	20	///	///
		Obiettivi Appropriati a Qualità						
		Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; Flusso C su ECWIMED) nel rispetto dei brogli e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	1) Entro 31/12/2020 2) Secondo scadenze regionali 3) Almeno 90% delle Commissioni	31/03/2020	Distretti, GAVDT, ML, SIP, STP	1) Relazione 2) Report 3) Report GAVDT	20	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR	20	8	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20	8	8
		Obiettivi Innovativi e Sviluppo						
		Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
Governare il riordino territoriale delle équipe dei MMG	Piano di riorganizzazione delle équipes	Piano predisposto entro il 31/12/2020	31/12/2020	Distretti	Piano	10	///	///
Dare corso a specifici progetti quali: Utilizzo Nodo Smistamento Ordini	Utilizzo del sistema e gestione delle informazioni del fornitore	Secondo le tempistiche definite dal cronoprogramma	31/12/2020	ST, SIGC	Report SIGC	10	///	///

Progetti aziendali e obiettivi trasversali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp.San / Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI ND						
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dell'ASI ND, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI ND, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI ND	4 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI ND	3 / 7

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

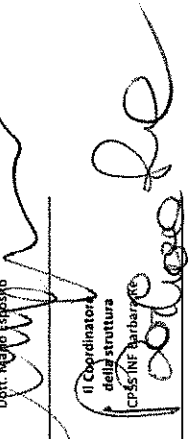
(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott. Mario Esposito

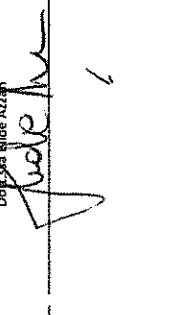
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

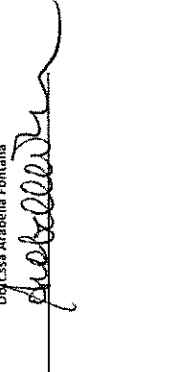
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Iride Azzari

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana














Il Coordinatore della struttura
CRS (M.F. Barbero)

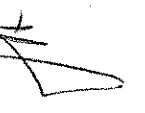
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05


Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>3a) 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 app. sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post- diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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>3) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del dato base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott. Mario Tisposito

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare					DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Aldo Crespi		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso	Peso	Peso	
						Dirigenza	Comp San	Comp TA	
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 55.200,00, corrispondente al fabbisogno presentato 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) Valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF				
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto delle definizioni del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, SICG	Report SICG				
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle cartelle in FAR SIAD entro il 20 del mese successivo al trimestre di competenza 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'iter formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° cartelle chiuse in SIAD entro il 27 del mese successivo di competenza/totale di cartelle del mese entro il 27 2b) N° cartelle chiuse in FAR SIAD nei mesi di gennaio dell'anno successivo/totale cartelle dell'anno 3) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni* 100	1a) ≥ 1 2b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2021 3) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, s.c. SICG	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG		20	///	
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS				








ACQUA S.p.A. - Obiettivi Infrastruttura								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.Lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott. A. Casoli

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott. Sa. Elide Aznan

Il Direttore Generale
Dott. Sa. Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF AFD Luigi Acquaviva

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF AFD Stefania De Zotti

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Anna Lombardi

Il Direttore Sanitario
Dott. Sa. Elide Aznan



Il Direttore Generale
Dott. Sa. Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane.</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p> <p>1) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p> <p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrali in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report risplogativo utilizzo</p>

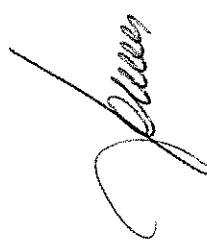
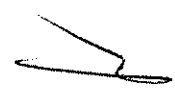
Il Dirigente responsabile della struttura

Dr. Anna Crespi

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative	
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Graziosi			
OBIETTIVI ECONOMICI, QUALITATIVI E QUANTITATIVI			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consumativa 2020	≥ anno precedente	28/02/2021
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	28/02/2021
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi; compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle cartelle in FAR SIAD o SOE entro il 20 del mese successivo al trimestre di competenza 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale S66/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° cartelle chiuse in FAR SIAD entro il 20 del mese successivo al trimestre di competenza/totale di cartelle del trimestre 2b) N° cartelle chiuse in FAR SIAD nel mese di gennaio dell'anno successivo/totale cartelle dell'anno 3) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni * 100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a Campione effettuato dalla S.C. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2021 3) 28/02/2021
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020
<div style="text-align: right;">   </div>			

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

Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target [Standard]	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia)	Entro 31/12/2020	30/06/2020	Distretti, Cure Domiciliari, Cure Palliative	Relazione	
Studio di fattibilità relativo alla contattabilità telefonica del personale medico Cure Palliative, in collaborazione con il personale di Continuità Assistenziale e con il coinvolgimento dei Distretti e il servizio Informativo	Progetto di fattibilità predisposto	Entro il 31/12/2020	31/12/2020			10 /// ///
Sviluppo della presa in carico domiciliare integrata attraverso la definizione delle modalità operative di presa in carico domiciliare integrata, con gli Ospedali insistenti sul territorio dell'ASL NO, individuando le principali criticità e le azioni di miglioramento	Incontri con i capi equipe dei MMG e Direttori Distretto per individuare e discutere eventuali criticità esistenti (problematiche organizzative, chiarimenti su percorsi assistenziali)	almeno un incontro per Distretto	31/12/2020	UOCP	Relazione	



Obiettivi aziendali e obiettivi triennali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D. lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GGCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Sandra Grazzoli



Il Coordinatore della struttura

CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Argina



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

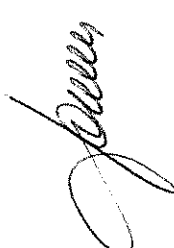




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1. CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 oppv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dot.ssa Sandra Graziosi

1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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 bimestrale in relazione alle azioni della struttura

1) Report esito verifica credituali

2) Report riepilogativo utilizzo

STRUTTURE AREA TERRITORIALE						
STRUTTURA: s.s.d. Sanità Penitenziaria						
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Gianni Valter						
Obiettivi di performance e qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 251.370,00, corrispondente al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	20 / / / / /
Obiettivi di performance e qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	Relazione UGR	20 / 8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	
Obiettivi di performance e sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir / Peso C_San / Peso C_AT
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECOMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie ex Delibera DG n. 56/2018 e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	1) Entro 31/12/2020 2) 95% 3) Almeno 90% delle Commissioni	31/12/2020	Distretti, GAVDT, ML, SIP, STP	1) Relazione 2) Report 3) Report GAVDT	10 / / / / /

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Progetti aziendali e obiettivi triennali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.Lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/ (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCS5 (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicato dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Gianni Valzer

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Avogadro

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

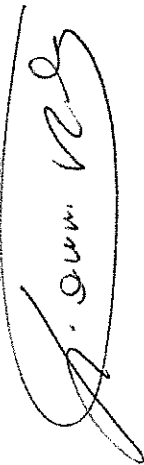
Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Rita Nefasti

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni; verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attivazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 p.pv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario))</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

il Dirigente responsabile della struttura

Dot. Gianni Valzer






STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero

DIRETTORE F.F.: Dott.ssa Elisabetta Alliata

Obiettivi Economici e Attivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
<p>Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni) dalla ricezione da parte del centro ordinatore delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento</p>	<p>1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 3.205.385,00, corrispondente al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese</p>	<p>1) 5 valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni</p>	<p>1) 2) 31/12/2020</p>	<p>Struttura firmataria, SIGC, SEF</p>	<p>1) Report CdG 2) Report SEF</p>	<p>///</p>
<p>Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Controlli di terzo livello</p>	<p>1) Report mensile 2) Seconda tempistiche e modalità definite dalla Regione</p>	<p>1) Report mensile 2) Secondo tempistiche e modalità definite dalla Regione</p>	<p>1) 2) 28/02/2021</p>	<p>DMPO</p>	<p>1) Report 2) Verballi</p>	<p>20 ///</p>
<p>Gestire adeguatamente l'emergenza infettiva relativa al Coronavirus, attraverso l'applicazione delle indicazioni regionali</p>	<p>Indicazioni regionali applicate</p>	<p>Secondo i modi e i tempi indicati dalla Regione</p>	<p>28/02/2021</p>	<p>DMPO</p>	<p>Relazione</p>	<p>///</p>
Obiettivi Operativi in tema di qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, ND 2020 ove previsto</p>	<p>1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate</p>	<p>1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>28/02/2021</p>	<p>Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA</p>	<p>1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO</p>	<p>20 8 8</p>
<p>Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *</p>	<p>Azioni previste nel programma di accreditamento attuate</p>	<p>Nei modi e nei tempi previsti dal programma</p>	<p>30/09/2020</p>	<p>Tutte le strutture aziendali</p>	<p>Relazione GOCCS</p>	<p>///</p>
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
<p>Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'implementazione del Presidio Ospedaliero SS. Trinita di Borgomanero</p>	<p>N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP</p>	<p>90%</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGC, STP</p>	<p>Relazione STP</p>	<p>///</p>
<p>Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) Partecipazione al Progetto Regionale di applicazione del Protocollo di Studio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASY-NET (Bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute) 2) Revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria 3) Implementazione del Piano Regionale integrato di Monitoraggio e Allertamento presso le degenze ospedaliere 4) Sviluppare percorsi di fast-track del Pronto Soccorso del F.O. di Borgomanero, anche in accordo con le LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAPPOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO)</p>	<p>1) Applicazione del protocollo ERAS 2) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati 3a) Schede definite secondo le indicazioni del progetto 3b) Definizione della procedura aziendale per la gestione del monitoraggio e dell'allertamento presso le degenze del Presidio Ospedaliero 4) Protocollo operativo condiviso tra SC Mecau e SC Oculistica</p>	<p>1) Nei tempi e modi previsti dal progetto 2) Entro il 31/12/2020 3a) Entro il 30/09/2020 3b) Entro il 31/12/2020 4) Protocollo definito entro il 31/10/2020</p>	<p>1) 2) 3) 28/02/2021 4) 31/10/2020</p>	<p>1) 2) 3) DMPO 4) SC Mecau e SC Oculistica, DMPO, GOCCS, DIPSa</p>	<p>1) Relazione 2) Protocolli 3a) 3b) Relazione e procedura 4) Percorso</p>	<p>///</p>

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Elisabetta Allietta

Elisabetta Allietta

Il Coordinatore con Incarico Organizzativo della struttura
CPSS INF. Dr. Bruno Bacchetta

Bruno Bacchetta

Il Coordinatore con Incarico Organizzativo della struttura
CPSS INF. AFD Carla Pozzoni

Carla Pozzoni

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Francesco Arena

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF. AFD Giuseppina Beltrame

Giuseppina Beltrame

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzari

Elide Azzari

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali DIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. Incentivi per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore FF della struttura
Dott.ssa Elisabetta Allata

Elisabetta Allata
E. B. G. M. P.
[Signature]

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato

Obiettivi Economici e Aziendali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 31/01/2021	1) 31/12/2020 2) 31/01/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40
Obiettivi di Performance e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	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 3) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento 2) 3) 4) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) 2) 3) 4) Report GOCSS	30
Obiettivi di Iniziativa e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivi entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SIMINAP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GOCSS	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Aleny

Il Direttore Sanitario
Dott. ss. Pirella Azze

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione							
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Davide Colombo							
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici		1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura farmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale		1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della referenziazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021	Struttura farmataria, FO, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG	20	///	///
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) Partecipazione al Progetto Regionale di applicazione del Protocollo di Studio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASY-NET (bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute) 2) Revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria		1) Applicazione del protocollo ERAS 2) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati	1) Nel tempi e modi previsti dal progetto 2) Entro il 31/12/2020	1) 2) 28/02/2021	Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE; DMPO; sst GoCSS	1) Relazione 2) Protocolli			

Obiettivi Appropriati e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	Semestrale	Struttura farmacia, FO, SIGG	1) 2) Flusso CO e DD	/// /// ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e IC	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20 8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	

Obiettivi Innovativi e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Progettazione per lo sviluppo e l'utilizzo della tecnica di decapneizzazione in pazienti con severa insufficienza respiratoria, con o senza sepsi, ricoverati in s.s. Rianimazione, attraverso la metodica dell'HTA	Progetto di fattibilità, con analisi costi efficacia	Progetto presentato entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anestesia e Rianimazione; s.c. Nefrologia	Progetto	
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio Spedallero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGG, STP	Relazione STP	10 /// ///
Garantire l'implementazione del sistema di redazione 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	Definizione del PDTA del paziente con ICTUS	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anestesia e Rianimazione; s.c. Neurologia; s.c. Medicina Interna; s.c. Meccanico, DIMPO	PDTA	

Handwritten signature and initials in the right margin of the document.

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dell'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-1.1.625 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 della struttura
Dott. Davide Colombo

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusiato

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Armano

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF AFD Loredana Abbate

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Maria Iaci

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Maria Iaci

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Maria Iaci

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Maria Iaci

Abbate

Yoni Manno

Yoni Manno

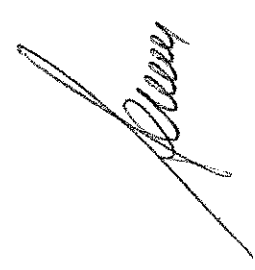
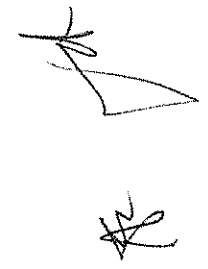
Yoni Manno

Yoni Manno

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget;</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Davide Colombo


DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato

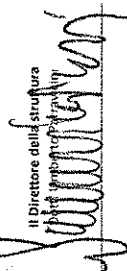

STRUTTURA: s.c. Cardiologia

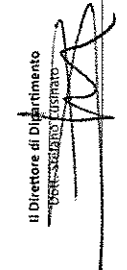

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Umberto Parravicini

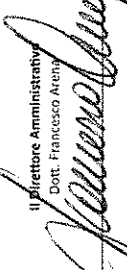
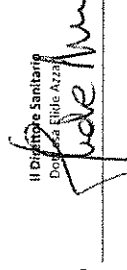
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Adottare azioni di contenimento dei costi, incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi inferni e amministrativi) e i consumi di dispositivi medici	1) Contorno di prodotti farmaceutici/produzione 2) Contorno di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5° anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, FO, SIGC	1) 2) Report FO - SIGC			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con puntuale riferimento a:	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale 3) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni * 100	1a) 95% 1b) 100% 2) almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% 3) 95% * Nota: il tempo di riferimento è il tempo di riferimento del precedente anno	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021 3) 28/02/2021	Struttura farmacia, FO, DIMPO	1a) 1b) Report DIMPO 2) 3) Relazione s.c. SIGC	20	///	///
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PANGUA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% * Nota: il tempo di riferimento è il tempo di riferimento del precedente anno	Trimestrale	Struttura farmacia, GOCCS	Report GOCCS			
Appropriatezza prescrittiva di EPNV (servizi basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizioni di EPNV presenti nel prontuario aziendale	1) 5° anno precedente 2) 100%	Semestrale	Struttura farmacia, FO, SIGC	1) 2) Flusso CO e DD		///	///
Appropriatezza prescrittiva, ottimizzazione dell'impiego e recupero di economie	Prescrizione in dimissione di Ixabradina, valsartan, sacubitril e ranitidina	2° anno precedente	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Flusso DD			
Attuare nei limiti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CAI ASI, ICI 2020) ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture preposte (nei Programmi UGR e ICA)	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20	8	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'accesso del programma di accreditamento predisposto dalla S.c. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS			
Migliorare l'offerta dei servizi all'utenza attraverso l'attivazione dell'ambulatorio "Armiologia" secondo le modalità irredite	1) Predisposizione di agenda CUP dedicata 2) Implementazione del percorso predifinito	1) Entro 30/03/2020 2) Entro 30/06/2020	1, 2) 30/06/2020	Sc Cardiologia	1) Agenda CUP/documento 2) Report attività svolta		///	///
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'impiego del Presidio Spediatrico SS "Tirita di Borgomanero"	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, S.c. SIGC, STP	Relazione STP	10	///	///

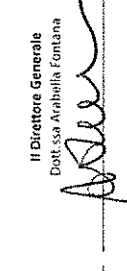
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Conducere le politiche aziendali per la sicurezza sanitaria, la difesa del patrimonio e la prevenzione degli incidenti tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza sanitaria, la difesa del patrimonio e la prevenzione degli incidenti tra tutto il personale	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/01/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato corso formazione nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la verifica calendarizzata annuale, predisposta dal personale del settore prevenzione e protezione e il settore formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo delimitato/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/09/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale del RSPP, secondo le linee guida del Decreto Europeo della Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo delimitato/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/01/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/09/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della procedura per l'assunzione del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rimodulare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Comunicazione di competenza della struttura gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore e Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del responsabile con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) Obiettivo preazionario di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, esteso dal peccato assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore della struttura

 Il Coordinatore della struttura
 CPS INF Alessandro Ferri


Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Francesco Arena

 Il Coordinatore della struttura
 CPS INF Dr.ssa Paola Sanvito


Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elisabetta Azzurro

 Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana


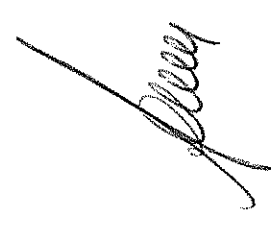
Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena


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	Documentato atteso
Capacità di conseguire efficacia attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 101 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 incarico di alta specializzazione di Dirigente con incarico di responsabilità per l'anno precedente</p> <p>2) Predisporsi 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 responsabile di struttura semplice o dal Dirigente di alta specializzazione, con data di assegnazione degli obiettivi alla struttura. 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente nella programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della S.C. Servizio Umanico</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di incarico di alta specializzazione di responsabile</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensili</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARRENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione ai incontri con RIPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Report mensili</p> <p>3) Relazione (una copia, legata un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati, sia al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo: la realizzazione e l'aggiornamento a tutto obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al Dirigente di struttura</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (solo personale unitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report replicativo utilizzo</p>

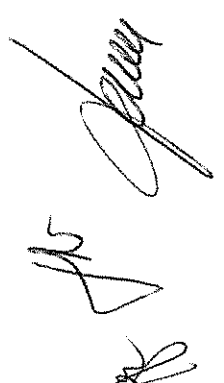

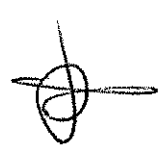

Il Direttore della struttura

Dot. Umberto Profumo






DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Didino						
Obiettivi Economici e Attivi								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sui consumi di dispositivi medici	Consumo di dispositivi medici/produzione	S anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, FO, SIGC	Report FO - SIGC			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la Gestione dei referti con firma digitale 2) Dematerializzazione delle prescrizioni	1) Avvio della referenziazione con firma digitale 2) N° prescrizioni dematerializzate/totali delle prescrizioni*100	1) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SIGC 2) 95%	1) 2) 28/02/2021	Struttura farmacia, s.c. FO, s.c. DMPO, s.c. SIGC	1) 2) Relazione SIGC	20	///	///
Governo dei tempi di attesa presso il DEA/PS *	Tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	Entro lo standard regionale	Trimestrale	Struttura farmacia, GOCSS	Report GOCSS			
Obiettivi Appointing e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, compreso il Programma di gestione del rischio effettuate 1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuata		1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	20	8	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Valutare la prevalenza del fenomeno relativo alla violenza di genere, attraverso un questionario distribuito in pronto soccorso	1) Predisposizione del questionario 2) Risultati indagine	1) Entro il 30/04/2020 2) Entro il 31/12/2020	1) 30/04/2020 2) 31/12/2020	MECAU	1) Questionario 2) Report			
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio spedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGC, STP	Relazione STP			
Sviluppare percorsi di fast-track del Pronto Soccorso del P.O. di Borgomanero, anche in accordo con le LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAPPOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO	Protocollo operativo condiviso tra SC Mecau e SC Oculistica	Protocollo definito entro il 31/10/2020	31/10/2020	SC Mecau e SC Oculistica, DMPO, GOCSS, DIFSA	Protocollo	10	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di redazione 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	Definizione del PDTA del paziente con ICTUS	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anestesia e Riabilitazione, s.c. Neurologia, s.c. Medicina interna, s.c. Mecau, DMPO	PDTA			

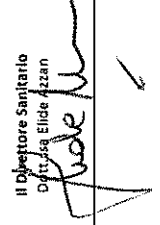





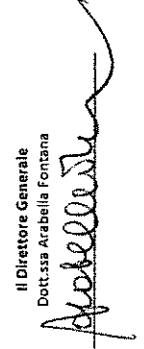
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso della apparecchiatura elettrica non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'insediamento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'insediamento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'insediamento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro (istituto ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale della struttura	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7


(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.6.09, 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 della struttura
 Dott. Claudio Di Iorio


Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Stefano Cuginato


Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azzan


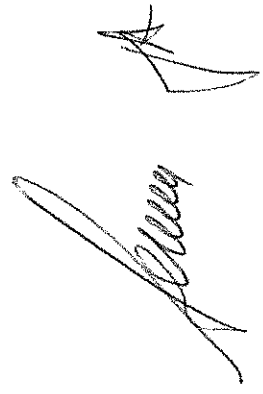
Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana


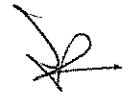
Il Coordinatore della struttura
 ASS INF AFD Paolo Albignani


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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RfC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali QIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 controlfirma ppv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2. 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi o degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott. Claudio Didino




DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE				STRUTTURA: s.c. Medicina Interna				
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato				DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Alroldi				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriati della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, SICG	Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrati) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG 3) 2) Relazione s.c. SICG	20	///	///
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totali dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totali dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale 3) N° prescrizioni dematerializzate/totali delle prescrizioni*100	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 3) 95%	1a) Mensilmente 2) 31/03/2021 2) 28/02/2021 3) 28/02/2021	Struttura farmacia, FO, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) 3) Relazione s.c. SICG			
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Conto per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	Semestrale	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Flusso CO e DD	///	///	///
Appropriatezza prescrittiva di medicinali immunosoppressivi: adalimumab, razionalizzazione della spesa e ampia disponibilità delle terapie	Prescrizione di Adalimumab con il farmaco a minor prezzo come da accordo quadro in regione Piemonte/totali di prescrizioni di Adalimumab	1) 100% pazienti naive 2) 90% pazienti già in terapia	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Flusso CO e DD	20		
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, HO 2020 ove previsto	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO		8	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS			
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'espansione del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Belgiojoso	N° incontri a cui si è partecipato/totali degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICG, STP	Relazione STP			
Garantire il monitoraggio del percorso clinico assistenziale del paziente con insufficienza respiratoria candidato a ventilazione artificiale non invasiva, attraverso il monitoraggio degli indicatori predisposti	1) N° pz gestiti nel setting definito in base ai criteri/totali del pz con insufficienza respiratoria giunti in OEA*100 2) N° pz con VANU gestiti in Medicina interna trasferiti in Riabilitazione/ Totali pazienti con VANU gestiti in Medicina interna	1) 2) Entro il 31/12/2020	3) 31/12/2020	Medicina interna	Report	10	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di redazione 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	Definizione del POTA del paziente con ICTUS	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anestesi e Riabilitazione; s.c. Neurologia; s.c. Medicina interna; s.c. Meccanico, DMPO	POTA			

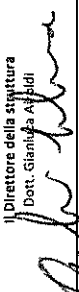
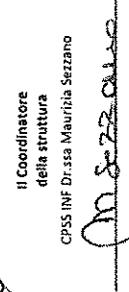
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/03/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali: GDPR/REGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

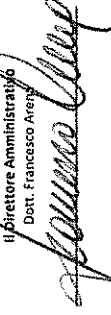
(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott. Gianluca Azzidoni

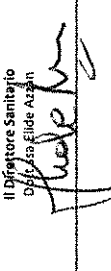
Il Coordinatore della struttura
CPSI INF Dr.ssa Maurizia Sezzano

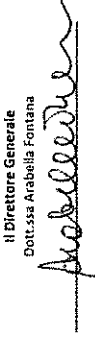
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzidoni



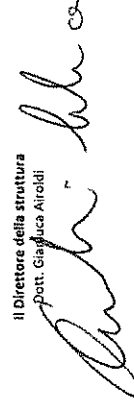
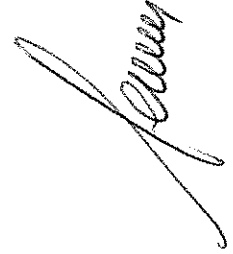
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana




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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incentivi con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contenzione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presente</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report Heplogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Pott. Giampaolo Aitoldi




MS

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia					
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Cusinato					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso	
						Dirigenza	Comp San
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sedute operatorie effettuate/programmate	1) 2° anno precedente 2) 95%	Trimestrale	Struttura farmacia, SICG	Report SICG		
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2° s anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	///
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale 3) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 3) 90% dal secondo semestre	1a) Mensilmente 1b) 31/03/2021 2) 28/02/2021 3) 28/02/2021	Struttura farmacia, FO, DIMPO	1a) 1b) Report DIMPO 2) 3) Relazione s.c. SICG	///	///
Promuovere un uso appropriato di farmaci, in particolare immunosoppressori in pazienti con trapianto renale e patologia glomerulare residenti nell'asl, in ricovero ospedaliero ed in dimissione	Percentuale di pazienti ai quali è prescritto il medicinale immunosoppressore generico	≥ 85%	Semestrale	Struttura farmacia, FO, SICG	Flusso CO e DD	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS		
Progettazione per lo sviluppo e l'utilizzo della tecnica di decanizzazione in pazienti con severa insufficienza respiratoria, con o senza sepsi, ricoverati in s.s. Rianimazione, attraverso la metodica dell'HTA	Progetto di fattibilità, con analisi costi efficacia	Progetto presentato entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anestesia e Rianimazione; s.c. Nefrologia	Progetto	10	///
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICG, STP	Relazione STP		

Oggetti, azioni e obiettivi prioritari					Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott. Stefano Cusiato

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusiato

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Agnina

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Ornella Allavea

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Bandiera Zanetta

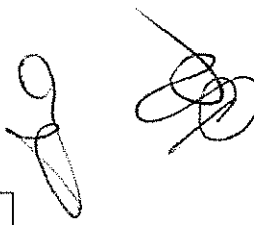
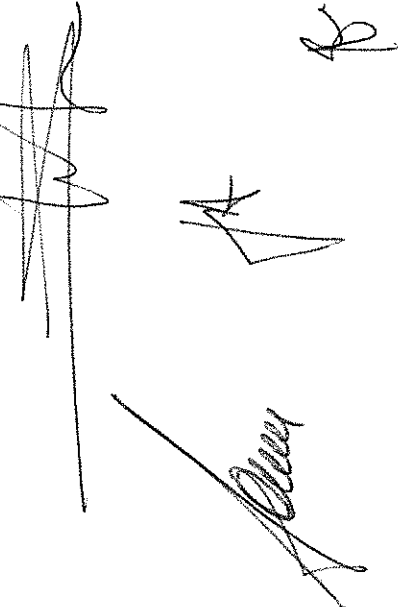
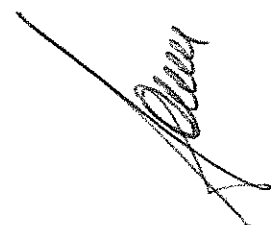
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azgan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Atabella Fontana

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (diligenza e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della diligenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare sostantamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Stefano Cusinato








DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia	
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Godi	
DESCRIZIONE		TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	Struttura firmataria, SICG
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s. anno precedente	Struttura firmataria, FO, SICG
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totali dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale 3) N° prescrizioni dematerializzate/totali delle prescrizioni* 100	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 3) 95%	1a) 1b) Report DIMPO 2) 3) Relazione s.c. SICG
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialista ambulatoriale monitorate dal PNLGA *	Indice di performance delle prestazioni di specialista ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruisconto ASI, NO	Struttura firmataria, GOCCS Report GOCCS
DESCRIZIONE		TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Appropriatezza prescrittiva di EPDM (epatine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EPDM presenti nei promissari aziendali	1) s anno precedente 2) 100%	Struttura firmataria, FO, SICG
Modalità operative per la corretta somministrazione di un medicinale al bisogno	Numero schede uniche di terapia (STU) con corretta indicazione/totali STU	≥ 80% (rilevazione a campione)	Struttura firmataria, FO
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGA e ICA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuale	nei modi e nei tempi previsti dal programma 30/09/2020	Tutte le strutture aziendali
DESCRIZIONE		TIMING DI MISURAZIONE E VERIFICA	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'implementazione del Presidio Spedialero SS: Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totali degli incontri definiti dal STP	90%	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICG, STP
Garantire l'implementazione del Sistema di riduzione 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	Definizione del PDTA del paziente con ICTUS	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2020	S.C. Anestesia e Rianimazione; s.c. Neurologia; s.c. Medicina Interna; s.c. Mecau, DMPO

Peso Diligenza 20
 Peso Comp.San ///
 Peso Comp.TA ///

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO					Target (Standard)		Timing di misurazione e verifica		Strutture coinvolte		Documenti attesi		Peso Comp.5an		Peso Comp.TA	
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale aziendale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le Istruzioni ASPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12									12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisporre congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e formazione	13	24									24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD LUI 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/03/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30									30
4) Implementazione della Procedura per l'Inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6									6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale																
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 05/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricreamento della documentazione richiesta	7	13									13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7									7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Laura Godi

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Ornella Allieva

Il Direttore di Dipartimento
Dipartimento Cuiavino
Dott. Francesco Avolio

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Giuseppe Sinefi

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Fidele Azzoni

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

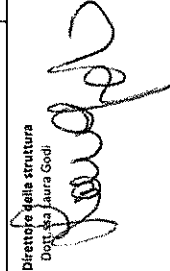
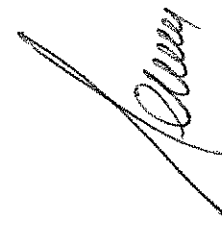
(Handwritten signatures and initials)

(Handwritten initials)

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensili</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali DV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese della partecipazione all'evento, inno relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report (riplegativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Laura Godi






DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIRETTORE: Dott. Vito Belloli

Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
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 31/01/2021	1) 31/12/2020 2) 31/01/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40
Obiettivi Operativi e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
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 specialista ambulatoriali di pertinenza 3) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento) 2) 3) 4) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: Il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) 2) 3) 4) Report GOCSS	30
Obiettivi Operativi e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivi entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SIMIVAP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GOCSS	30
Implementare il regolamento delle Sale Operatorie	Monitoraggio degli indicatori previsti dal regolamento	standard previsti dal regolamento	31/12/2020	Tutte le strutture del dipartimento chirurgico e Blocco operatorio	Report di sintesi GOCSS	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

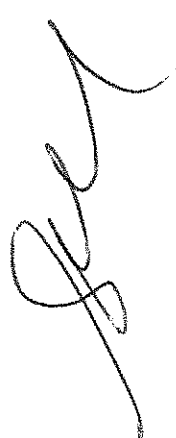
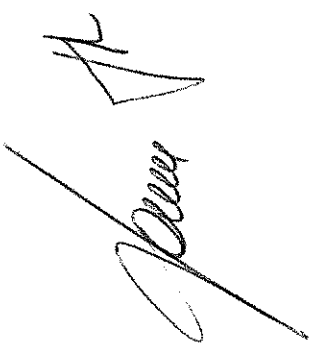

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Argyrakis

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzen

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Bey

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale	
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Amedeo Alonzo	
Obiettivi Economici e Attivi			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sedute operatorie effettuate/programmate	1) ≥ anno precedente 2) 95%	Trimestrale
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 566/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della referenziazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2021 3) 4) 28/02/2021
Governare i tempi di attesa per gli interventi in regime di ricovero s/o per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	1) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza 2) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero	1, 2) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: Il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO	Trimestrale

Obiettivi Appropriati (tezza e Qualità)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021	Struttura farmacia, FO, SICC	1) 2) Flusso CO e DD	///
Adesione ai protocolli aziendali per la gestione della profilassi pre-operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 85%	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Report FO	///
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetrica e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia; s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIPSa	PDTA aggiornati	20
Attuare per le parti di competenza il Programma di Gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	8
Partecipare al Programma di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS	8

Obiettivi (Innovazione e Sviluppo)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampiamiento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICC, STP	Relazione STP	10
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) Partecipazione al Progetto Regionale di applicazione del Protocollo di Studio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASV-NET (bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute); 2) Revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria; 3) Introduzione di nuove metodiche (ricostruzione mammella in tempo unico; metodica HAL-RAI, trattamento laparoscopico dei difetti di parete)	1) Applicazione del protocollo ERAS 2) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati 3) Progetto di fattibilità	1) Nel tempi e modi previsti dal progetto 2) Entro il 31/12/2020 3) 30/06/2020	28/02/2021	Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione; s.c. Radiologia; s.c. SIMT-CPVE; s.s.d. GOCCS	1) Relazione 2) Protocolli 3) Progetti	///

Severina M. Sestini J. Pella R. ft

Progetti aziendali - obiettivi in itinere								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 90% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.05, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore della struttura
Dott. Amedeo Alonzo

Il Direttore di riferimento
Dott. Vito Benfante

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ilide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore con incarico
Organizzativo della struttura
CPSS INF AFD Massimo Poletti

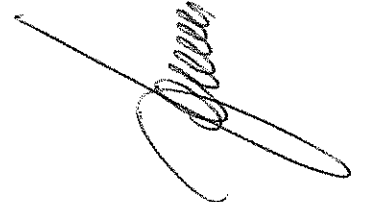
Massimo Poletti

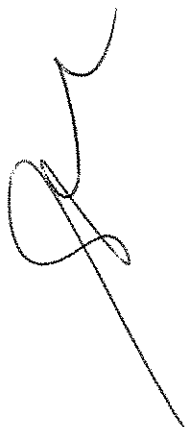
Handwritten signatures and initials of the various directors and coordinator.

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 con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) AdeSIONE alla 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pnv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Amedeo Albino



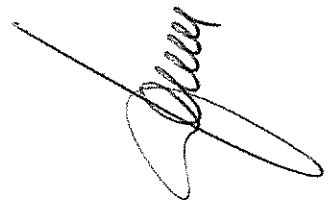
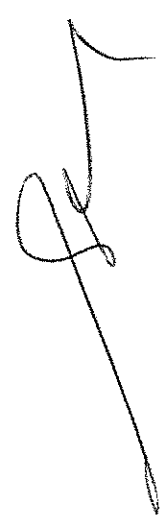



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica	
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Vito Belloli	
CANTIERI ECONOMICI E AMBITI			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sedute operatorie effettuate/programmate	1) ≥ anno precedente 2) 95%	Trimestrale
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi inferni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avviso della refertazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2021 3) 4) 28/02/2021
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo dalle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale

89

Obiettivo: Appropriata Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
Appropriatezza prescrittiva di agenti anti-neovascolarizzazione, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Somministrazione di agenti anti-neovascolarizzazione in pazienti non residenti nell'ASL s budget assegnato per l'anno 2020 di Novara		31/12/2020	Struttura farmacia, FO	Flusso DD	/// /// ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del fischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del fischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20 8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	
Obiettivo: Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/ totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGC STP	Relazione STP	
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) Sviluppare percorsi di fast-track del Pronto Soccorso del P.O. di Borgomanero, anche in accordo con le LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAPPOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO) 2) Revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria 3) Introduzione di nuove metodiche (tecnica chirurgica mininvasiva per la terapia del glaucoma cronico scompensato; revisione procedura infezioni intravitreali)	1) Protocollo operativo condiviso tra SC Mecau e SC Oculistica 2) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati 3a) Progetto di fattibilità 3b) Procedura revisionata	1) Protocollo definito entro il 31/10/2020 2) Entro il 31/12/2020 3a) Progetto redatto entro il 30/06/2020 3b) Procedura revisionata entro il 31/12/2020	1) 31/10/2020 2) 28/02/2021 3a) 3b) 31/12/2020	1) SC Mecau e SC Oculistica, DIMPO, GOCSS, DipSa 2) Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE; DIMPO; s.d. GOCSS 3a) 3b) s.c. Oculistica	1) Percorso 2) Protocolli 3a) Progetto 3b) Procedura	10 /// ///

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp SA / Peso Comp TA
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio struttura che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridefinire e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3 / 7 / 7

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

Il Direttore della struttura
Dott. Vizzelli

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloni

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Praga

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Barbara Greto

Barbara Greto

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenze, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali DIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 firma pvv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi.</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Vito Bellioi

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

STRUTTURA: s.c. Oncologia

DIRETTORE: Dott. Vito Belli

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Incoronata Romaniello

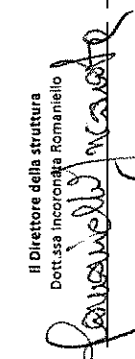
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso	Peso	Peso
						Dirigenza	Comp San	Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	///	///
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1a) 1b) Report FO 2) Relazione s.c. SICG			

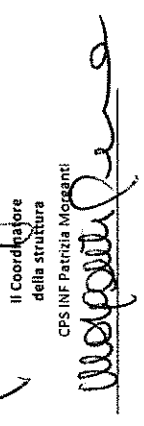
Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page. There are three distinct signatures: a large, stylized signature at the top, a signature in the middle, and a signature at the bottom. There are also several initials and marks scattered around the signatures.

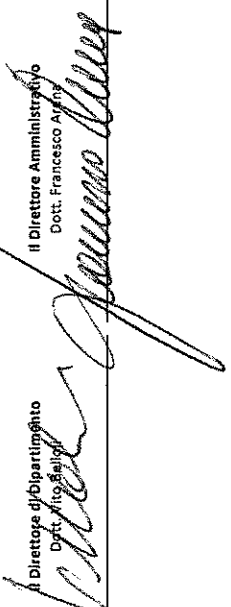
Obiettivo 1: Appropriatezza e Qualità							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Flusso CO e DD	///	///	///	
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIPSa	PDTA aggiornati	20			
Attuale per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO		8	8	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS				
Obiettivo 2: Innovazione e Sviluppo							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA	
Migliorare i percorsi dei pazienti afferenti alla struttura, in funzione della nuova organizzazione degli spazi dedicati all'Oncologia e verifica di fattibilità di un CAS unico	Progetto di riordino dell'attività nei nuovi spazi dedicati	Entro il 30/06/2020	31/12/2020	s.c. Oncologia	Progetto	10	///	///	

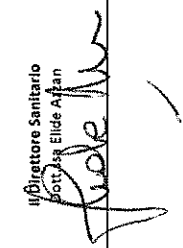
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						Target (Standard)		Timing di misurazione e verifica		Strutture coinvolte		Documenti attesi		Peso Dirigenza		Peso Comp San		Peso Comp TA	
Descrizione		Indicatore		Target (Standard)		Timing di misurazione e verifica		Strutture coinvolte		Documenti attesi		Peso Dirigenza		Peso Comp San		Peso Comp TA			
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza annunciando e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale		1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità		1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020		1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020		Tutte le strutture aziendali		1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati		7		12		12			
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione		2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100		2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP		30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020		Tutte le strutture aziendali		2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione		13		24		24			
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679		3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100		3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione		06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020		Tutte le strutture aziendali		3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione		16		30		30			
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)		4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)		4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCS5 (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020		30/09/2020		Tutte le strutture aziendali		4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO		4		6		6			
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale																			
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale		1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro		1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020		1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020		Tutte le strutture aziendali		1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta		7		13		13			
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale della struttura		2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura		2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020		31/08/2020		Tutte le strutture aziendali		2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO		3		7		7			

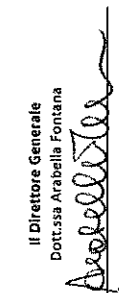
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.525 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati. (**) Struttura capofila. In caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
 Dott.ssa Incoronata Romanelli


Il Coordinatore della struttura
 CPS INF Patrizia Morganti


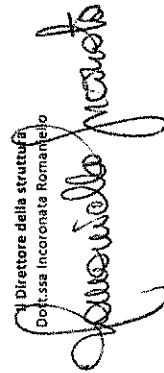
Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Marino


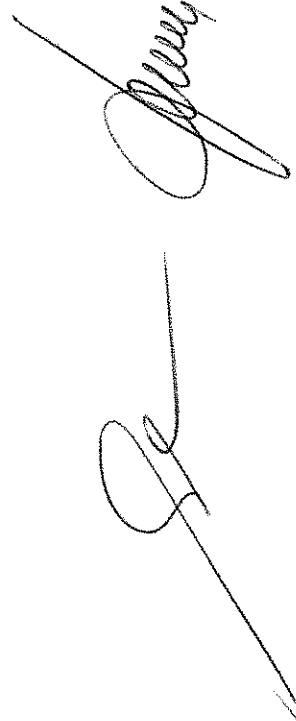
Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Altan


Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana


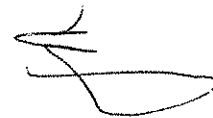
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVOP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e tipi 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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>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 (solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p> <p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p> <p>1) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riaplogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott.ssa Incoronata Romanello










STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta

DIRETTORE: Dott. Vito Bellio

DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sedute operatorie effettuate/programmate	1) 2 anno precedente 2) 95%	1) 2 anno precedente 2) 95%	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	1) 2) Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 20 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della referenziazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) 2 1 1b) 2 95% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2021 3) 4) 28/02/2021		Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO s.c. DMPO	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 4) Relazione s.c. SICG	20	///	///
Governare i tempi di attesa per gli interventi in regime di ricovero e/o per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	1) indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza 2) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero	1. 2) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO		Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS			

Obiettivi Appropriata Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Flusso CO e DD	///
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/votale delle fratture da operare	> 70%	Trimestrale	Struttura farmacia, SICG	Report GocSS	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	20 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	8
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICG, STP	Relazione STP	10 / 8
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) Revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria; 2) Introduzione di nuove metodiche (inoculazione di cellule staminali a seguito di artroscopia per artrosi)	1) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati 2) Progetto di fattibilità con analisi costi/benefici	1) Entro il 31/12/2020 2) Progetto redatto entro il 30/06/2020	1) 28/02/2021 2) 31/12/2020	1) Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE; DMPO; s.d. GOCSS 2) s.c. Ortopedia e Traumatologia	1) Protocolli 2) Progetto	///







Progetti aziendali e obiettivi in programma					Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott. Maurizio

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Bellotti

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Maurizio
Vito Bellotti
Elide Azzi
Francesco
Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS IME Antonella Pastore

Antonella Pastore

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pnv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott. Mauro Porta

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia							
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi							
DESCRIZIONE		INDICATORE	TARGET (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sedute operatorie effettuate/programmate	1) ≥ anno precedente 2) 95%	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	1) 2) Report SICG				
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≥ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avviso della refertazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni* 100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 50% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2021 3) 4) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DIMPO	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DIMPO 3) 4) Relazione s.c. SICG		20	///	///
Governare i tempi di attesa per gli interventi in regime di ricovero e/o per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	1) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza 2) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero	1. 2) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCCS	Report GOCCS				

Handwritten signatures and initials are present in the right margin of the document, including a large signature at the top right and several smaller initials and signatures below it.

Obiettivi Appropriatazza e Qualità							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizione di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Flusso CO e DD				
Adesione ai protocolli aziendali per la gestione della profilassi pre-operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 85%	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Report FO				
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIP5a	PDTA aggiornati	20	///	///	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO		8	8	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo							Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio Spedaliere SS. Trinita di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SICG, STP	Relazione STP				
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso la revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria	Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati	Progetto redatto entro il 30/06/2020	31/12/2020	Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE; DMPO; s.d. GOCSS	Protocolli	10	///	///	

Handwritten signatures and initials of the responsible parties, including a large signature on the left and several initials on the right.

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati.	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GO/CSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

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

Il Direttore della struttura
Dott. Giorgio Monesi

Il Coordinatore della struttura
DSS INF AFD Patrizia Guittori

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vincenzo Belloni

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arcani

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

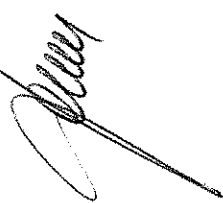
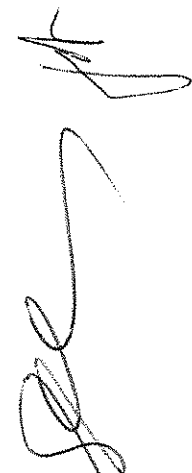
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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 efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pav sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Giorgio Monesi

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva					Peso Comp TA
DIRETTORE: Dott. Vito Belli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Laura Brogna					Peso Comp San
		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenta
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, SICG	Report SICG		
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG		
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni *100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021	Struttura farmacia, s.c. FO, s.c. DMPO	1a) 1b) Report FO 2) Relazione s.c. SICG	20	///
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGIA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO	Trimestrale	Struttura farmacia, GOCCS	Report GOCCS		



 LB 16

Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Appropriatezza prescrittiva di medicinali immunosoppressivi: adalimumab, razionalizzazione della spesa e ampia disponibilità delle terapie	Prescrizione di Adalimumab con il farmaco a minor prezzo come da accordo quadro in regione Piemonte/totale di prescrizioni di Adalimumab	1) 100% pazienti naive 2) 90% pazienti già in terapia	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Flusso CO e DD				
Inibitori di pompa protonica (IPP) in pazienti con diagnosi endoscopica di ulcera gastroduodenale e malattia da reflusso	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritto un IPP secondo procedura aziendale	70% dei pazienti prescrizione di IPP tramite File F	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Flusso DD				
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA -aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIPSa	PDTA aggiornati	20	///	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI. NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuale	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO		8	8	
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS				
Strutture coinvolte									
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'implementazione del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGC, STP	Relazione STP				
Individuare eventuali criticità organizzative relative alla gestione della preparazione dei pazienti da sottoporre a GDS o colonoscopia, al fine di migliorarne il percorso	Audit organizzativo	Effettuato entro il 31/12/2020	31/12/2020	sssd Gastroenterologia; sssd GOCSS	Relazione audit	10	///	///	///

LD AD

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI, NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI, NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da NSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni NSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da NSPP 1b) Relazione NSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'NSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'NSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da NSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI, NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI, NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviate al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI, NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Laura Broglio

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belligi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elisa Azzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Dr. Angelo Caponnetto

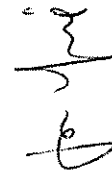
Angelo Caponnetto

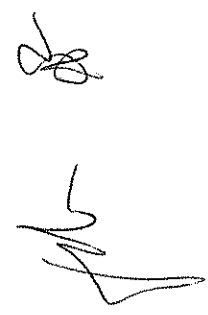
Francesco Arena
Elisa Azzan
Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attivazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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'ASL, NO per l'anno in corso (almeno 20/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzato</p>

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott.ssa Laura Broggia





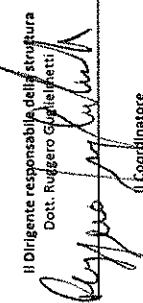
10
AL


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ruggero Guglielmetti		Obiettivi Economici e Attivi		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA		
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Setole operatorie effettuate/programmate	1) 2 anno precedente 2) 95%	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	1) 2) Report SICG					
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG					
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 3) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2) Avvio della referazione con firma digitale 3) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 3) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2) 3) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1a) 1b) Report FO 2) 3) Relazione s.c. SICG	20	///	///		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PINGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS					


Società Cooperativa S.p.A. - Ospedale S. Gerardo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Adesione ai protocolli aziendali per la gestione della profilassi pre-operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 85%	Semestrale	Struttura farmacia, FO	Report FO	///
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIPSA	PDTA aggiornati	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla S.S.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	
Società Cooperativa S.p.A. - Ospedale S. Gerardo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Partecipare allo sviluppo del Progetto relativo all'ampliamento del Presidio ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero	N° incontri a cui si è partecipato/totale degli incontri definiti dal STP	90%	31/12/2020	Tutte le strutture ospedaliere ubicate nell'area interessata agli interventi di edilizia, s.c. SIGC, STP	Relazione STP	///
Migliorare il percorso del paziente chirurgico attraverso: 1) la revisione dei protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria 2) attivazione di ambulatori territoriali, di intesa con il Distretto	1) Protocolli relativi agli esami di diagnostica pre-operatoria revisionati 2) Apertura ambulatori	1) Progetto redatto entro il 30/06/2020 2) Entro il mese di marzo	31/12/2020	Dipartimento chirurgico, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE, DMPO, s.s.d. GOCSS	Protocolli Relazione struttura	10 / ///

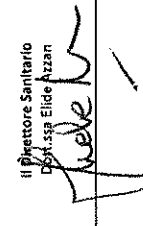
Progetti aziendali e obiettivi prioritari					Peso Dirigente	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi		
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO							
1) Considerare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale							
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7

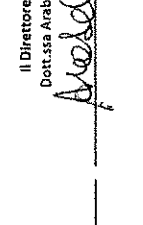
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

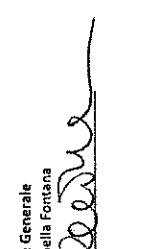
Il Dirigente responsabile della struttura
 Dott. Ruggero Guglielmi


Il Coordinatore della struttura
 CPS INF Franco Dragotta


Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Vito Bellini


Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Anzani


Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azzan


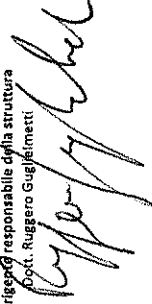
Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana


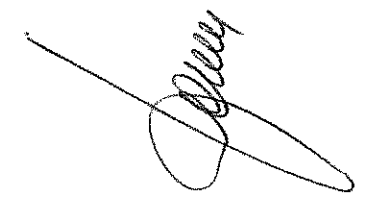
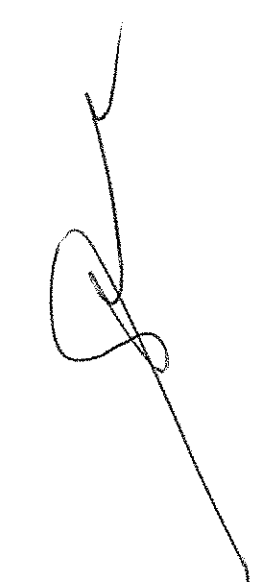
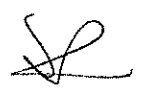
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione ai incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 ruoli che credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>


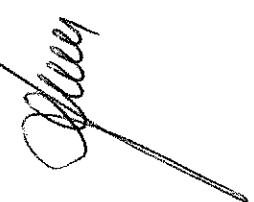

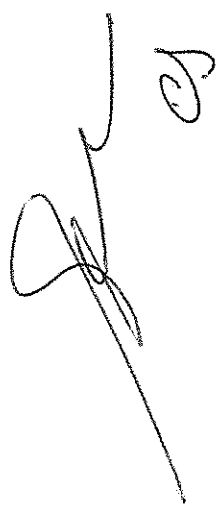
Il Dirigente responsabile della struttura

Dot. Ruggiero Gugliemetti



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale							
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini							
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG				
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) & anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: - Dematerializzazione delle prescrizioni	N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	28/02/2021	Struttura firmataria, SICG	Relazione s.c. SICG		20	///	///
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Crusco ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS				

Obiettivi Appropriati e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	20 / 8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	
Obiettivi Innovativi - MIPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Al fine di migliorare la tempestività e la tracciabilità delle richieste di ausili e presidi, implementare la procedura autorizzativa mediante l'utilizzo di applicativi informatici aziendali e regionali	N° pratiche processate informativamente/N° pratiche totali*100	≥ 50%	31/12/2020	FT	Report FT	10 / 100 / 100

Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signature

Handwritten signature

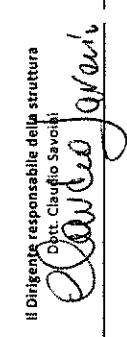
Handwritten initials

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/09/2020	31/09/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3 / 7 / 7

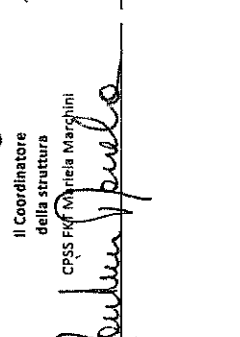
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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


Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Claudio Savochi



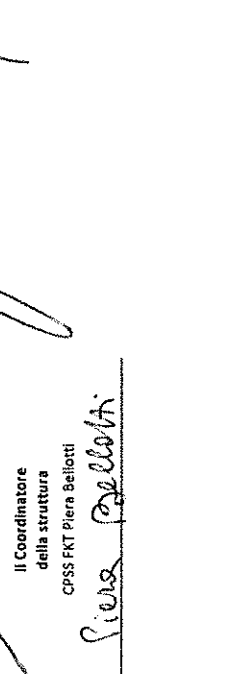
Il Coordinatore della struttura
CPSS FKT Maria Marghini



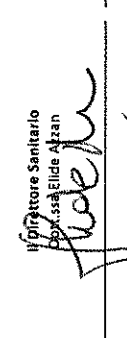
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloni



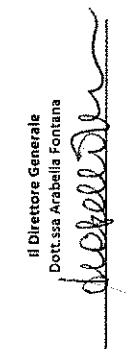
Il Coordinatore della struttura
CPSS FKT Piera Bellotti



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan



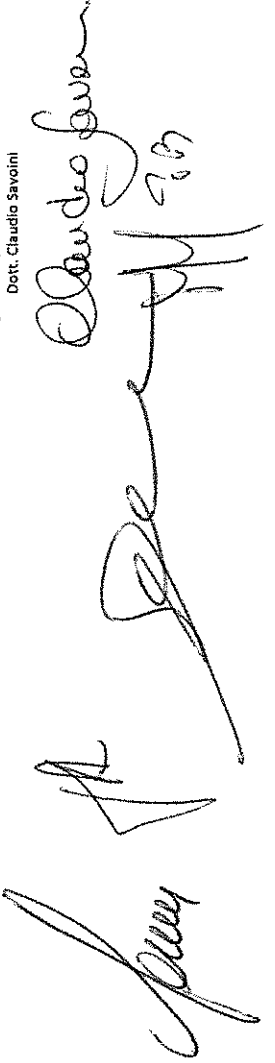
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>2) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Almeno una partecipazione</p> <p>2) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali incontri, report presenza</p> <p>2) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Atenda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura
 Dott. Claudio Savoini




DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa

OBIETTIVO ECONOMICO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 31/03/2021	1) 31/12/2020 2) 31/03/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

OBIETTIVO PRODOTTORE QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	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 prestazioni) sintesi di dipartimento 2) indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza 3) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prestazioni) (sintesi di dipartimento) 2) 3) 4) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sui Cruscotto ASL NO	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) 2) 3) 4) Report GOCSS	30


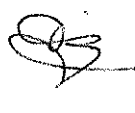
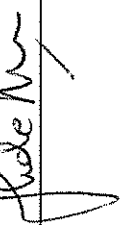
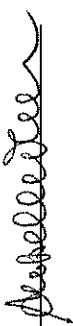
OBIETTIVO PRODOTTORE SEMPLICE						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SIMVaP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GOCSS	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa


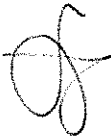


Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arzuffi

Il Direttore Sanitario
Dott. Ga. Elide Azgan




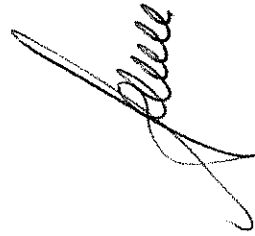


Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Cinzia Peruzzi				
Obiettivi Economici e Attivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, SICG	Report SICG	///
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: - Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e compilazione del File F	1) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 2) N° prescizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescizioni con file F	1) ≥ 1 2) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	1) 31/05/2020 2) 31/03/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) 2) Report FO	///
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	Tempo di attesa uguale all'anno precedente. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente.	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS	///
Obiettivi di Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di Gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20
Revisione del PDTA relativo al Progetto autismo in collaborazione con la SC di NPI e l'AGU Maggiore della Carità di Novara	PDTA revisionato secondo il modello aziendale	PDTA revisionato entro il 31/12/2020	31/01/2021	ssd Psicologia, s.c. NPI	PDTA	///

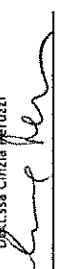
Obiettivo Operativo 4 Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASI NO- del percorso per "L'intercezione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quanti individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	Ssd Psicologia, Ss Consultori, DSM, s.c. NPI	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	///
Implementazione delle terapie di gruppi di adolescenti e famiglie (progetto attivato nel 2019 in collaborazione con DSM)	N° di incontri effettuati/totale degli incontri programmati* 100	100%	31/01/2021	NPI, DSM	Relazione	///
Al fine di favorire la corretta rendicontazione dell'attività della NPI, implementare il corretto utilizzo dell'applicativo SIMILE	Definizione del progetto per l'implementazione dell'applicativo e realizzazione del progetto, secondo il cronoprogramma definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	NPI	Relazione NPI	///
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI-OPD Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione	///


DESCRIZIONE		INDICATORE		TARGET (Standard)		Timing di misurazione e verifica		Strutture coinvolte		Documenti attesi		Peso Dirigenza		Peso Comp San		Peso Comp TA	
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO																	
1) Conoscere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale		1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità		1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020		1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020		Tutte le strutture aziendali		1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati		7		12		12	
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione		2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100		2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP		30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020		Tutte le strutture aziendali		2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione		13		24		24	
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679		3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100		3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione		06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020		Tutte le strutture aziendali		3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione		16		30		30	
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)		4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)		4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020		30/09/2020		Tutte le strutture aziendali		4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO		4		6		6	
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia tra che extra-aziendale																	
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale		1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro		1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020		1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020		Tutte le strutture aziendali		1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta		7		13		13	
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture		2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura		2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020		31/08/2020		Tutte le strutture aziendali		2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO		3		7		7	

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

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Cinzia Peruzzi


Sostituta del Direttore della struttura
Dott.ssa Renata Brigatti

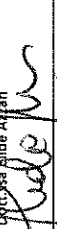
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Rizzo


Il Coordinatore con incarico
Organizzativo della struttura DipSa
CPS INF. Dr.ssa Doriana Carrimali


Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Menga


Il Direttore con incarico
Organizzativo della struttura DipSa
CPS INF. Dr.ssa Doriana Carrimali

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Alan




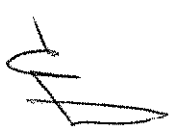

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali QIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
 Dott.ssa Cinzia Peruzzi

STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa

DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITÀ		OBIETTIVI QUALITATIVI				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Incrementare i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	1) Produzione sanitaria consuntiva 2020 2) Sadute operatorie effettuate/programmate	1) > anno precedente 2) 95%	28/02/2021	Struttura firmataria, SICG	1) 2) Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) > 1 1b) ≥ 90% (rifilazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2021 3) 28/02/2021 4) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, s.c. SICG	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 4) Relazione s.c. SICG	20	///	///
Governare i tempi di attesa per gli interventi in regime di ricovero e/o per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dai PNLGA *	1) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza 2) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero	1, 2) Entro lo standard regionale. Sarà comunicato considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS			

Obiettivi/Approfondimento/Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Costo per DDD anno in corso/ costo DDD anno precedente 2) Prescrizioni di EBPM presenti nel prontuario aziendale	1) 5 anno precedente 2) 100%	28/02/2021	Struttura farmacia, FO, SICC	1) 2) Flusso CO e DD	///
Aggiornamento dei PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIP5a	PDTA aggiornati	20 ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di Gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuale	3) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	8
Obiettivi/Approfondimento/Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Implementazione del Piano Regionale Integrato di Monitoraggio e Allertamento presso la delega ostetrica (P.R.M.A.O.) e ginecologica (P.R.M.A.). Partecipazione al Progetto Regionale di applicazione del Protocollo di Studio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASY-NEI (bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute), riguardante il periparto di intervento chirurgico di isterectomia	N° schede Observation and response chart - OCR (unitamente alla scheda di "Benessere materno fetale in Ostetricia") complete/totali dei pazienti ricoverati * 100 Adesione al progetto	≥ 90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice Adesione al progetto secondo le indicazioni regionali	31/01/2021	s.c. Ostetricia e Ginecologia s.c. Ostetricia e Ginecologia	Report verifica a campione Relazione	///
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantità individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto	10 ///
Promozione del Punto Nascita dell'Ospedale di Borgomanero attraverso la valorizzazione delle attività del Percorso nascita aziendale	1) Progetto in collaborazione con le strutture interessate 2) Realizzazione delle attività individuate nel progetto	1) Stesura Progetto 2) Nei modi e nei tempi definiti dal Progetto	1) 30/09/2020 2) 31/12/2020	DMI, SC Anestesia e Rianimazione, SSD Psicologia, AILCAT - Settore Comunicazione (Ufficio Stampa)	1) Documento di atesura del Progetto 2) Report di attività finale	///

[Handwritten signature]

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/AGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.5.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore della struttura
Dott. Giovanni Buspa

Il Coordinatore della struttura
Dott. Oreste Roberto Pisani

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arang

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elisabetta

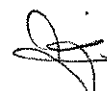
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione Integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verballi CIV</p> <p>2) Verballi incontri, report presente</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</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) N. operatori che hanno assolto il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>





Il Direttore della struttura

Dot. Giovanni Akiba




DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink						
Ciclo di lavoro e attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la Gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della referenziazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2021 3) 28/02/2021 4) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, s.c. SICG	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 4) Relazione s.c. SICG	20	///	///
Implementare il Piano per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI. NO	Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS			

Obiettivo: Appi (Opportunita e Qualita)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/07/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	20 / 8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	
Obiettivo: Implementazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
Sperimentazione del Piano Regionale integrato di Monitoraggio e Allertamento PRIMA Pediatrico: adesione della SC Pediatria alla fase di sperimentazione del Progetto Regionale PRIMA pediatrico	1) Formazione del personale infermieristico (corso FAD e formazione sul campo) 2) Applicazione della procedura e monitoraggio dei risultati e delle eventuali criticità come da indicazioni regionali	1) 2) Secondo le indicazioni regionali	31/12/2020	Pediatria	Relazione	
Implementazione della attività allergologica con introduzione del test da carico nel bambino con allergia alimentare	1) Progetto di fattibilità 2) Avvio dell'attività	1) Presentato alla Direzione entro il 30/09/2020 2) Entro il 31/12/2020	1) 30/09/2020 2) 31/12/2020	PED, ALLE	1) Progetto 2) Relazione PED	10 / / /
Promozione del Punto Nascita dell'Ospedale di Sorcamerò attraverso la valorizzazione delle attività del Percorso nascita aziendale	1) Progetto in collaborazione con le strutture interessate 2) Realizzazione delle attività individuate nel progetto	1) Stesura Progetto 2) Nei modi e nei tempi definiti dal Progetto	1) 30/09/2020 2) 31/12/2020	DMI, SC Anestesia e Rianimazione, SSD Psicologia, ALLCAT - Settore Comunicazione (Ufficio Stampa)	1) Documento di stesura del Progetto 2) Report di attività finale	

Handwritten signatures and initials:

Large signature: *[Illegible]*

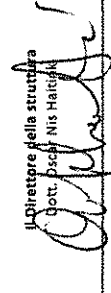
Medium signature: *[Illegible]*

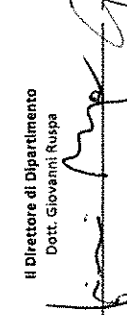
Small signature: *[Illegible]*

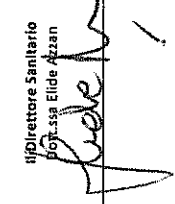
Initials: *[Illegible]*

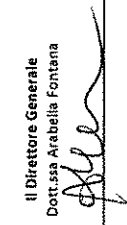
Progetti aziendali obbligatori (in grassetto)					Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati		
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO							
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	15	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale							
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rimuovere il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7

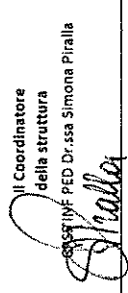
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso del peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore della struttura
 Dott. Oscar Mis Haitou


Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Giovanni Ruspa


Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azzan


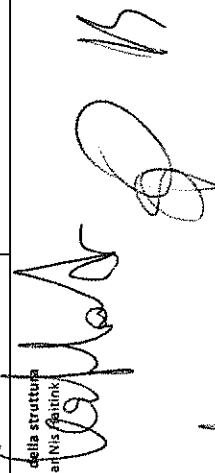



Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana


Il Coordinatore della struttura
 Dott.ssa Simona Piralla


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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RFC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatto un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p> <p>1) e 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p> <p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

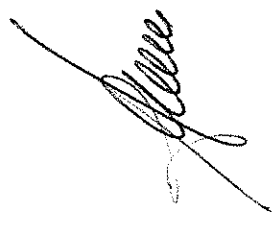



Il Direttore della struttura
Dott. Oscar Nischi

1) Report, esito verifica credituali

2) Report riepilogativo utilizzo

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s. Consulteri						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti						
Obiettivi economici e attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Volume di produzione sanitaria consuntiva 2020, comprensiva della valorizzazione dell'attività relativa al primo livello citologico di prevenzione Sarena	2 anno precedente	28/02/2021	Struttura farmacia, SICG	Report SICG	20	///	///
Obiettivi di accreditamento e qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Attuare le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	20	8	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS			
Obiettivi di accreditamento e qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercezione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantità individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	GINE, SFS, CONS, NPI, DSM	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto			
Promozione del Punto Nascita dell'Ospedale di Borgomanero attraverso la valorizzazione delle attività del Percorso nascita aziendale	1) Progetto in collaborazione con le strutture interessate 2) Realizzazione delle attività individuate nel progetto	1) Stesura Progetto 2) Nei modi e nei tempi definiti dal Progetto	1) 30/09/2020 2) 31/12/2020	DMi, SC Anestesia e Rianimazione, SSD Psicologia, AILCAT - Settore Comunicazione (Ufficio Stampa)	1) Documento di stesura del Progetto 2) Report di attività finale	10	///	///
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475). Recupero e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DPD Consulteri, s.c. MECAU, SPS	Relazione			

Prestazioni Individuali - Strutturali (2020)					Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi		
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO							
1) Considerare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24
3) Effettuare la formazione sistemica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD) (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condive con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale							
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rimuovere il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7

(*) 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 della struttura
Dott. Giorgio Pretti

Il Coordinatore della struttura
CPS Ost. Dr.ssa Carmen Ceffa

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa

Il Coordinatore della struttura
CPS Ost. Dr.ssa Rita Pedroni

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arcari

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI

DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina

Obiettivi Economici e Attività				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Peso Dirigenza
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 31/03/2021	1) 31/12/2020 2) 31/03/2021	40
Obiettivi Appropriatazza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	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 3) Tempo di attesa degli interventi in regime di ricovero 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) [sintesi di dipartimento 2) 3) 4) Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	31/12/2020	30
Obiettivi Impostazioni ASL/UPP				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Peso Dirigenza
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SIMVAP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Piro

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia patologica					
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvia Cristina					
Obiettivi Economici e Attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG		
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2020/produzione 2020	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG	20	///
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referral con firma digitale	Avvio della referenziazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG		///
Obiettivi Appropriati e Qualità							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO		8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS		
Aggiornamento del PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica, s.c. Oncologia, s.c. Chirurgia, s.s.d. Otorinolaringoiatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Gastroenterologia, s.c. Urologia, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Cure palliative, s.c. Distretti, s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, s.c. DIP5a	PDTA aggiornati	20	///
Obiettivi Inibizione e Sviluppo							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San Peso Comp TA
Partecipare alla completa implementazione del progetto di CUP Regionale, secondo le attività previste dalla s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione	contributo alle fasi di test e migrazione, pianificazione e gestione attività di formazione del personale, avvio e messa a regime del sistema	Secondo le tempistiche indicate dalla s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione	31/12/2020	Struttura firmataria: s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione	Relazione s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione		
Valutare l'impatto dell'attivazione del Percorso Diagnostico delle riniti croniche con l'introduzione della tecnica della Citologia Nasale, mediante la metodica HTA	1) Progetto di fattibilità, valutazione costi efficacia 2) Avvio del progetto	1) Entro il 30/06/2020 2) Dopo approvazione del progetto	1) 30/06/2020 2) 31/12/2020	s.c. Anatomia Patologica; s.s.d. Allergologia; s.s.d. Otorinolaringoiatria	1) Progetto 2) Percorso	10	///








Progetti Aziendali - Obiettivi Infrastrutturali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati.	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	15 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSO GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7 / 7


(*) 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 della struttura
Dott.ssa Silvia Cristina


Il Coordinatore della struttura
GPS TLBM Ciro Lucigi

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina


Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Filide Azzini

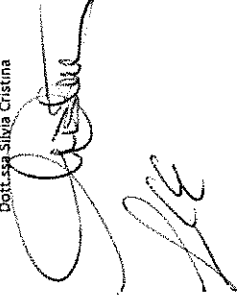
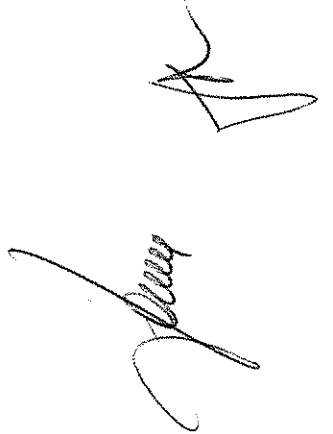

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riaplogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Silvia Cristina


DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio					
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Camisasca					
Obiettivi Economici e Attivi							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp.San Comp.TA
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso	Budget assegnato per l'anno in corso euro 128.000,00, corrispondente al fabbisogno presentato	S valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura	Semestrale	Struttura firmataria, S/ICG	Report CdG		
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2020/produzione 2020	S anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, S/ICG	Report S/ICG	20	///
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Avvio della referenziazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. S/ICG	28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. S/ICG	Relazione s.c. S/ICG		///
Obiettivi Operativi e Passivi							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp.San Comp.TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS		
Obiettivi Operativi e Sviluppo							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp.San Comp.TA
Massa a regime della nuova strumentazione preanalitica a disposizione del SIMT-CPVE, attraverso la revisione della relativa procedura e l'addestramento del personale	1) Revisione della procedura 2) Personale addestrato/personale da addestrare* 100	1) Procedura revisionata entro il 31/10/2020 2) 100%	1) 31/10/2020 2) 31/12/2020	CPVE	1) Procedura 2) Report addestrati	10	///

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incidenti tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott. Giovanni Carminasca

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS TLBM Tania Valloggia

Il Coordinatore della struttura
CPS TLBM Antonio Dell'Era

Il Coordinatore della struttura
CPS TLBM Tania Valloggia

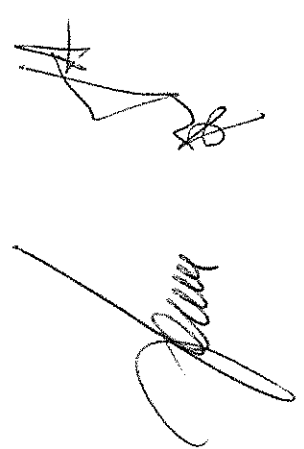
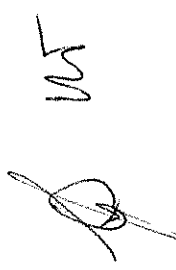
Il Coordinatore della struttura
CPS TLBM Antonio Dell'Era

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



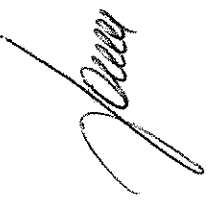
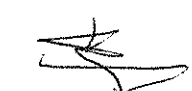
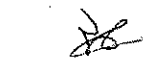
Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dot. Giovanni Carfagna


DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera				
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Loredana Donetti				
Obiettivi di misurazione e verifica		Obiettivi di misurazione e verifica				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 17.392.874,00, con riserva di rivalutazione a luglio 2020 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /inase 3) Voce di conto economico BA0220 (dispositivi medici) 4) Report su consumi di dispositivi medici	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivati richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni 3) s anno precedente 4) Almeno trimestrale	1) 2) 3) Semestrale 4) Trimestrale	Struttura farmacia, SICG, SEF, STP	1) Report CdG 2) Report SEF 3) Report FO 4) Report FO	20 /// ///
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ai sensi obiettivo 5.2.2 DGR n. 26-4421 del 26-01-2018	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMIP-Contratti) del flusso regionale DMIP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMIP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo http://www.sistemapiemonte.it/crm/pad/ta/mec/sis.flussi/informativi-regionali/3068-nuovi-flussi/ con un CIG per foto	Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inseriti al flusso DMIP-Contratti nel 2019 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC	Semestrale	FO - STP	Report	20 /// ///
	Consolidazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMIP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMIP, reperibile su Sistema Piemonte)	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMIP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"	Semestrale	FO - STP	Report	20 /// ///
Obiettivi di misurazione e verifica		Obiettivi di misurazione e verifica				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8 8 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCS5 *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCS5	20 /// ///
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco e dei dispositivi medici mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna e dalla Commissione del pronto Soccorso ospedaliera	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Semestrale	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione	/// /// ///
Obiettivi di misurazione e verifica		Obiettivi di misurazione e verifica				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Promuovere l'adeguamento dei flussi informativi relativi al file F prevedendo la compilazione del campo relativo alla diagnosi per le tipologie per le quali viene effettuata la distribuzione diretta e la compilazione del file F, attraverso la formazione del personale interessato	1) N° operatori formati/totali degli operatori da formare *100 2) Verifica a campione della corretta compilazione per tutte le strutture forami	1) 95% entro il 31/05/2020 2) Effettuate entro il 31/12/2020	1) 31/05/2020 2) 31/12/2020	Strutture interessate nella compilazione FO	1, 2) Relazione FO	10 /// ///

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Diligenza	Peso Comp.San	Peso Comp.TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
1) Consolidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totali preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzata alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da ISPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni ISPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da ISPP 1b) Relazione ISPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'ISPP* 100	3) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	30/04/2020 30/06/2020 31/03/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da ISPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/NGPD UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/03/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-merito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-merito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD 60655 (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale, indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 05/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7

(*) 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 della struttura
Dott.ssa Lorendina Donetti.

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Spettro
Dott.ssa Elisabetta

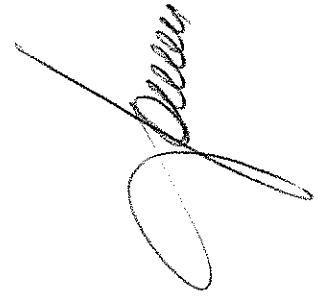
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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

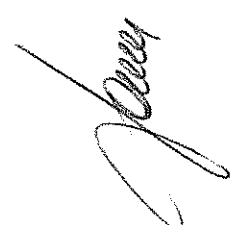



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adezione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 151 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 precedente;</p> <p>2) Preposizione 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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report, verifica programmazione orario mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pps sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget.</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predispone 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dot. s.s. Loredana Donetti




DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale					
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Poggi					
Obiettivi Economici e Attività							Peso Comp.TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 70.505.500,00, con una contrazione di euro 800.000,00 rispetto al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) Valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura farmacia, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF		
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2020 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 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 2020 rispetto al 2019	Semestrale	FT	Report flussi Farmacia territoriale	20	///
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	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Semestrale	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione		
Obiettivi Appropriazione e Qualità							Peso Comp.TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza *	Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma UGR	Relazione UGR	20	8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo							Peso Comp.TA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp.San
Migliorare gli strumenti a disposizione del MMG per la valutazione di appropriatezza delle proprie prescrizioni, prevedendo una nuova modalità di reportistica mensile	1) Proposta di report trasmessa alla Direzione per validazione 2) Avvio della trasmissione della reportistica mensile	1) Entro il 31/03/2020, previa validazione 2) A seguito di validazione, invio con cadenza mensile	1) 31/03/2020 2) Mensile	FT, Distretti	Report FT		
Al fine di migliorare la tempestività e la tracciabilità delle richieste di ausili e presidi, implementare la procedura autorizzativa mediante l'utilizzo di applicativi informatici aziendali e regionali	N° pratiche processate informaticamente/N° pratiche totali*100	≥ 50%	31/12/2020	FT	Report FT	10	///

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San / Peso Comp.TA
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati.	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cuscotto ASI NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cuscotto ASI NO	3 / 7 / 7

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

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

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Laura Poggi

Laura Poggi

Il Direttore di Dipartimento

Dott.ssa Silvia Cristina

Silvia Cristina

Il Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Ajmone

Francesco Ajmone

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Elide/Azzan

Elide/Azzan

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

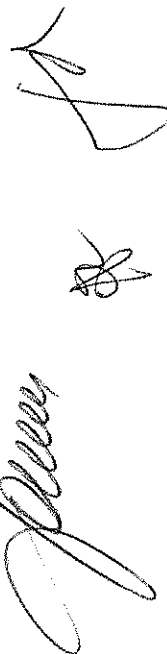
Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) > 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 revoco credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Laura Poggi


DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE F.F.: Dott.ssa Loredana Franchini	
OBIETTIVI QUANTITATIVI			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2020/produzione 2020	5 anno precedente	Trimestrale
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Organizzazione incontri con i prescrittori	Almeno uno entro il 31/12/2020	Trimestrale
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Avvio della referazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SIGC	28/02/2021
OBIETTIVI QUALITATIVI			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020
Aggiornamento del PDTA oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	PDTA aggiornati secondo le indicazioni della Rete Oncologica	Entro il 31/12/2020	31/12/2020
OBIETTIVI INFORMATIVI			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Partecipare alla completa implementazione del progetto di CUP Regionale, secondo le attività previste dalla s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione e in particolare trasferendo l'attività di pianificazione nel CUP	N° agende aperte a CUP/ N° totale agende	> 30%	31/12/2020

Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO									
1) Considerare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consuntivo delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consuntivo effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consuntivo nei termini assegnati	7	12	12	
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo dell'inizio/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24	
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679)	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo dell'inizio/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30	
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6	
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale									
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal Gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13	
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	#####	#####	#####	#####

(*) 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 FF della struttura
Dott.ssa Lorenza Franchini

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Anselmi

Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Alban

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS TSRM Paolo Caracciolo

Il Coordinatore della struttura
CPSS TSRM Giuliano Messeri

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Anselmi

Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Alban

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 prassi visione e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali QIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

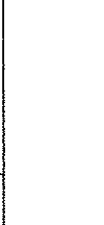
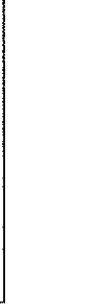
Il Direttore FF della struttura
Dott.ssa Loredana Franchini

Loredana Franchini

RC *LC* *GM* *FR* *FR*

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Renato Cantone	
Obiettivo Operativo - Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	Trimestrale
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per la tipologia della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni *100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2) 28/02/2021
Obiettivo Operativo - Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020
Obiettivo Operativo - Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica
Valutare l'impatto dell'attivazione del Percorso Diagnostico delle riniti croniche con l'introduzione della tecnica della Citologia Nasale, mediante la metodica HTA	1) Progetto di fattibilità, valutazione costi efficacia 2) Avvio del progetto	1) Entro il 30/06/2020 2) Dopo approvazione del progetto	1) 30/06/2020 2) 31/12/2020

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali: GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 90% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4 / 6 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/09/2020	31/09/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASL NO	3 / 7 / 7

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Renato Cantone

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

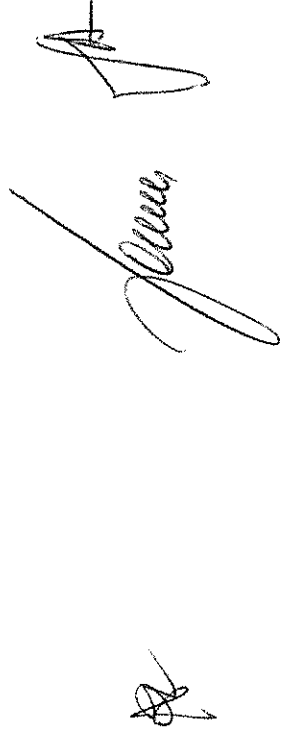
Il Coordinatore della struttura
GISSAUC-Marinella Platini

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo formato</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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>





Il Dirigente responsabile della struttura

Dott. Renato Cantone

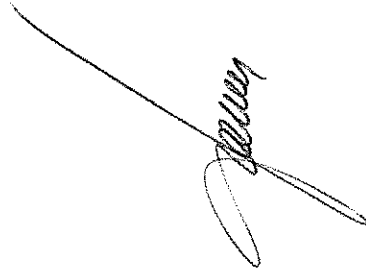

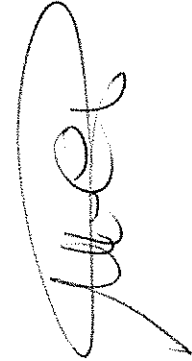





DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia							
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Ponziani							
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	3 anno precedente		Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 5 anno precedente		Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cuscotto-ASL NO		Trimestrale	Struttura firmataria, GOCSS	Report GOCSS	20	///	///
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 586/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) 2 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2) 95%		1a) 31/05/2020 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1a) 1b) Report FO 2) Relazione s.c. SICG			

Obiettivi Appropriati e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San. / Peso Comp.TA
Promuovere un uso appropriato di insulina Lispro biosimilare	Prescrizione di insulina lispro biosimilare/totale delle insulina lispro	2° anno precedente	28/02/2021	Struttura farmacia, FO	Relazione e report	/// / /// / ///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DIMPO	20 / 8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCCS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCCS	
Obiettivi Appropriati e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp.San. / Peso Comp.TA
Ottimizzare la gestione della patologia tiroidea in gravidanza, attraverso la redazione di un percorso condiviso con la SC Ginecologia e Ostetricia	Percorso predisposto secondo il format aziendale	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	SSd Diabetologia; s.c. Ostetricia e Ginecologia	Percorso	10 / /// / ///




Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione o verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO									
1) Condividere le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/ totale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12	
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24	
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/ totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30	
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4	6	6	
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale									
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13	
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/ totale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3	7	7	

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

Il Direttore responsabile della struttura
Dott.ssa Chiara Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Azzurro

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CFS INF VETRIQUE TAMBULO

[Signature]

[Signature]

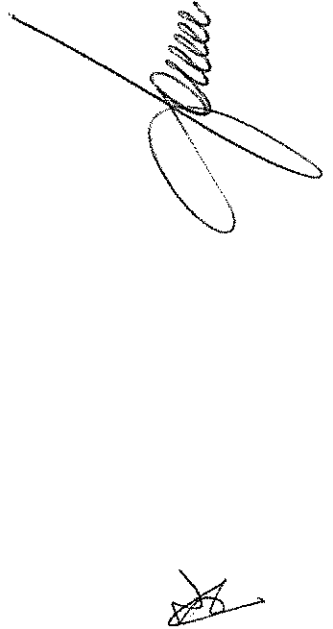
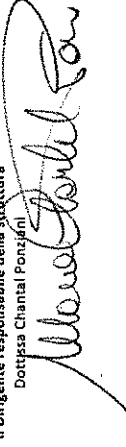
[Signature]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 08/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali DIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<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) 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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

Dottoressa Chantal Ponziani


DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE					
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi					
Obiettivi Economici e Altruisti					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Peso Dirigenza
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 3.643.839,67, con una contrazione di euro 50.000,00 rispetto al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) s valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 31/12/2020	Struttura firmataria, SICG, SEF	30
Obiettivi Organizzativi e Operativi					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Peso Dirigenza
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 relativa alla discussione del protocollo per la gestione dei pazienti in trattamento sanitario obbligatorio 2) Entro il 31/01/2021	1) 31/12/2020 2) 31/01/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	40
Obiettivi Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Peso Dirigenza
Favorire la sperimentazione del nuovo modello di SIMVAP presso l'ASL NO promuovendo la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempestività definita	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bossi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Argenti

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Arian

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord				Peso	Peso
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli				Dirigenza	Comp SA
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Comp San	Peso Comp TA
Mantenere livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	2 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG	///	///
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 2) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 3) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 4) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 5) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 6) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 7) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 8) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 9) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 10) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 11) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 12) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 13) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 14) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 15) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 16) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 17) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 18) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 19) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 20) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 21) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 22) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 23) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 24) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 25) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 26) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 27) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 28) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 29) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 30) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 31) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 32) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 33) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 34) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 35) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 36) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 37) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 38) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 39) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 40) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 41) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 42) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 43) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 44) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 45) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 46) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 47) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 48) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 49) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 50) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 51) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 52) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 53) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 54) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 55) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 56) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 57) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 58) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 59) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 60) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 61) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 62) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 63) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 64) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 65) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 66) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 67) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 68) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 69) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 70) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 71) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 72) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 73) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 74) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 75) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 76) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 77) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 78) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 79) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 80) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 81) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 82) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 83) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 84) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 85) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 86) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 87) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 88) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 89) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 90) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 91) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 92) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 93) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 94) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 95) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 96) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 97) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 98) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 99) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019 100) Concorso diagnostico con il sistema regionale SRS/2019	1a) % operazioni della struttura partecipate all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale SRS/2019 1b) % presidi con File F con indicazione della diagnosi/tonale prescrizione con File F 2) % presidi (dematerializzate + ricette rosse)/totale delle prescrizioni*100	1a) 31/05/2020 1b) 31/03/2021 2) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO	1a) Report FO 2) Relazione s.c. SICG	///	///	
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da progettare 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 31/12/2020	31/12/2020	Medico competente, SPP, DSM, ssc Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2020 ove previsto	1) 27 nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8	5
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.a.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	1) nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	///	///
Migliorare la capacità di socializzazione degli utenti, le loro conoscenze rispetto al disturbo psichiatrico e utilizzare il periodo di degenza, attraverso lavoro in concreto tra CSM e SPDC, favorendo di un progetto innovativo di psicoducazione	Avvio sperimentale del progetto	1) nei modi e nei tempi previsti dal progetto	31/12/2020	DSM, SPS	Relazione	///	///
Al fine di migliorare la gestione dei pazienti degenti, revisionare le procedure di allontanamento del paziente ricoverato	Procedura revisionata	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM	Procedura	///	///
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione all'itero della ASI NO- del percorso per l'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico per i post natali e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consuntivo ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quanti individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrali	31/12/2020	SSC Psicologia, SS Consulenti, DSM, s.c. NPI	Report complessivo, predisposto dai referenti aziendali per il progetto	///	///
Attivare il gruppo di lavoro pilota per la valutazione e l'eventuale presa in carico congiunta DSM-NPI di utenti della fascia di età 16-21 che presentino segni di grave disagio psichico	Avvio attività	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM NPI	Relazione	///	///
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475); Recupero e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DPD Consulenti, s.c. MECAU, SPS	Relazione	///	///

Handwritten signatures and initials:
 - Top right: "Papa" (signature)
 - Middle right: "V" (initials)
 - Bottom right: "R" (initials)
 - Far right: "1005" (handwritten number)

Handwritten mark:
 - A large handwritten "7" or similar symbol.

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp IA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI, NO								
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei componenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/focale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI, NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPF entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPF entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPF 1b) Relazione RSPF con dettaglio strutture che hanno effettuato condimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.Lgs. 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/focale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPF* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPF	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPF e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/focale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'implementazione del neo assunto in ASI, NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato su Cruscotto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/focale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI, NO	3	7	7

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


Il Direttore della struttura
Dott. Giorgio Caporali

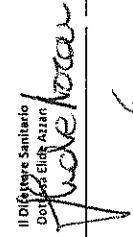
Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bossi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Angrisani

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elida Azzan

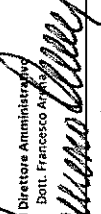
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana











Il Coordinatore della struttura
Dott.ssa Mariangela Fumagalli

Il Coordinatore della struttura
CPES Ed. Part. Mariangela Fumagalli

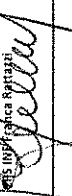
Il Coordinatore della struttura
Dott.ssa Mariangela Fumagalli












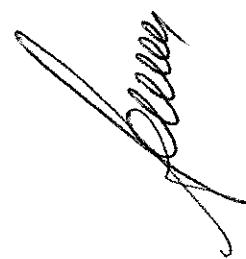
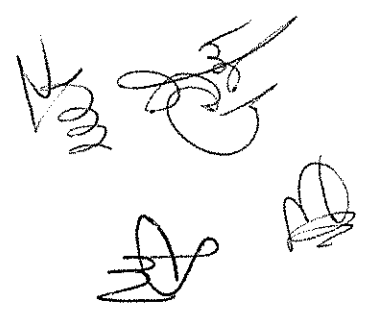




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVdip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente in carico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Alendali 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 attribuiti per l'anno precedente</p> <p>2) Prestitazione 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 e caricata sul Cruscotto ASI NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>2a) Lettera di assegnazione obiettivi/raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con PPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verballi OIV</p> <p>2) Verballi incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (solo essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo e realizzazione e di comunicare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni della sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta e cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) z 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) 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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Giulio Castiglioni



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE							STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud										
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi							DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi										
DESCRIZIONE ATTIVITÀ							OBIETTIVI QUANTITATIVI E QUALITATIVI										
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Difficoltà	Peso Comp.San.	Peso Comp.TA	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Difficoltà	Peso Comp.San.	Peso Comp.TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno, al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del prestato ospedaliero	Produzione sanitaria consumativa 2020	2 anno precedente	Trimestrale	Struttura farmacia, SICG	Report SICG												
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 566/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/tonale prescritti con File F 2) N° prescrizioni dematerializzate - ricette rosse/totali delle prescrizioni? 100	1a) >= 1 1b) >= 90% (riservazione a campione effettuato dalla S.C.C.) 2) 95%	1a) 31/09/2020 1b) 31/01/2021 2) 28/02/2021	Struttura farmacia, s.c. FO Struttura farmacia, s.c. SICG	1a) Report FO 2) Relazione s.c. SICG	20	///	///									
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da identificare 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 31/12/2020	31/12/2020	Medico competente; SPP; OSM; Sid Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro												
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA); ASI; MO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nel Programma UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO												
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla S.s.d. GOCSS	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20											
Migliorare la capacità di socializzazione degli utenti, le loro conoscenze rispetto a disturbo psichiatrico e valorizzare il periodo di legalità, attraverso l'avvio in concerto tra CSM e SPDC Borgomanero di un progetto innovativo di psicoeducazione	Avvio sperimentale del progetto	Nei modi e nei tempi previsti dal progetto	31/12/2020	DSM	Relazione												
Al fine di migliorare la gestione dei pazienti degeniti, revisionare la procedura di allontanamento del paziente ricoverato	Procedura a revisionata	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM	Procedura												
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASI, MO- del Percorso per "L'interazione precoce e la presa in carico del disagio psichico acuto e post-natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantità individuali, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo su altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	Sid Psicologia, SS Consultori DSM, s.c. NPI	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto												
Attivare il gruppo di lavoro pilota per la valutazione e l'eventuale presa in carico congiunta DSM-NPI di utenti della fascia di età 16-24 che presentino segni di grave disagio psichico	Avvio attività	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM NPI	Relazione	10	///	///									
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e l'eventuale presa in carico congiunta DSM-NPI di danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-6475).	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI; DPO Comulteri, s.c. MECAL, SPS	Relazione												

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO								
1) Confrontare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/forale preposti e dirigenti della struttura * 100 1b) Completamento delle apparecchiature elettriche non inventariate dell'ASI NO, finalizzate alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPF entro il 06/03/2020 1b) Completamento effettuato secondo le istruzioni RSPF entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPF 1b) Relazione RSPF con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare le competenze degli operatori e l'efficienza del sistema comando, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/forale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPF * 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPF	30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPF e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali GDPR (RGPD UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/forale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione * 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/06/2020 30/09/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'assunzione del neo assunto in ASI NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale di inserimento del neo assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale di inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità concordate con la SSD GOCSS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Curscoto ASI NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il filo aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura sulle attività del sito aziendale, indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale della struttura	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/forale operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/Coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Curscoto ASI NO	3	7	7

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

Il Direttore della struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Dot.ssa Paola Bossi

Dot. Francesco Argenti

Dot.ssa Emily Azzan

Dot.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

CPS del PPI: Anna Augusta

CPS Mgr Paola Pizzi

CPS TRP-ch Liguria Vessallo

CPS del Curscoto ASI

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

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 efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adozione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 101 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettere di assegnazione, e 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 precedente</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettere predisposte secondo fac-simile, inviate al Dirigente e sottoscritte dal medesimo per presa visione e caricate sul Cruscotto ASI. NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensili</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali ONV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pax sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) 2-70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul Cruscotto ASI. NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>1) Report del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report triplicativo ufficio</p>

Il Direttore della struttura

Dot.ssa Paola Borsi







DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi

DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ettore Quadro

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso	
						Dirigenza	Comp.TA
Mantenere i livelli di produzione appropriata della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al fine di assicurare l'equilibrio tra costi e ricavi del presidio ospedaliero	Produzione sanitaria consuntiva 2020	≥ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG		
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≥ anno precedente	28/02/2021	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG		
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SOO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale 4) Dematerializzazione delle prescrizioni	1a) N° operatori della struttura partecipanti all'incontro formativo per la corretta applicazione della determinazione regionale 596/2019 1b) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° SOO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale 4) N° prescrizioni dematerializzate/totale delle prescrizioni*100	1a) ≥ 1 1b) ≥ 90% (rilevazione a campione e effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG 4) 95%	1a) 31/05/2020 1b) 28/02/2021 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2021 3) 28/02/2021 4) 28/02/2021	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, s.c. SICG	1a) 1b) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 4) Relazione s.c. SICG	20	///
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 31/12/2020	31/12/2020	Medico competente, SPP, DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro		
Rivalutare la procedura relativa alla gestione del TSO attraverso un Significant Event Audit (SEA)	Audit effettuato	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM	Relazione		

Obiettivi Appropriati alla Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	1) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) 2) Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8 / 8
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	20
Migliorare la capacità di socializzazione degli utenti, le loro conoscenze rispetto al disturbo psichiatrico e valorizzare il periodo di degenza, attraverso l'avvio in concerto tra CSM e SPDC Borgomanero di un progetto innovativo di psicoeducazione	Avvio sperimentale del progetto	Nei modi e nei tempi previsti dal progetto	31/12/2020	DSM, SPS	Relazione	///
Al fine di migliorare la gestione dei pazienti degeni, revisionare la procedura di allontanamento del paziente ricoverato	Procedura revisionata	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM	Procedura	///
Obiettivi Appropriati alla Sicurezza						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza / Peso Comp San / Peso Comp TA
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO - del percorso per "l'intercezione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi quanti individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	SSD Psicologia, SS Consultori DSM, s.c. NPI	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto	///
Attivare il gruppo di Lavoro pilota per la valutazione e l'eventuale presa in carico congiunta DSM-NPI di utenti della fascia di età 16-21 che presentino segni di grave disagio psichico	Avvio attività	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM NPI	Relazione	10 / ///
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DPD Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione	///







ASL N. 10 - Ospedale Civile - Via S. Maria Goretti, 100 - 30138 PADOVA								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp. San.	Peso Comp. TA
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
1) Considerare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totale preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Consenso delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASL NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Consenso effettuato secondo le istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato consenso nei termini assegnati	7	12	12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13	24	24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16	30	30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASL NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASL NO	4	6	6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale								
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7	13	13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/forale operatori della struttura	2) 50% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate -caricato sul Cruscotto ASL NO	3	7	7

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.675 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 della struttura

Dott. Ettore Cusquero

Il Direttore di Dipartimento

Dott.ssa Paola Bossi

Il Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Arzuffi

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Elide Azza

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

DSS INF Sergio Spontino

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 163 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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RFC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 pvv sulla scheda tipo</p> <p>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 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) 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) Rendicontazione sul Cruscotto ASI, NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p> <p>1) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASI, NO</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione normativi</p> <p>3) Verbali</p> <p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
				<p>1) Report esito verifica crediti</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo struttura</p>

Il Dirigente responsabile della struttura

(Dott. Ettore Quadrio)



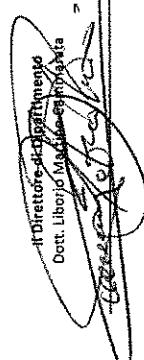



DIPARTIMENTO INTERAZIENDIALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

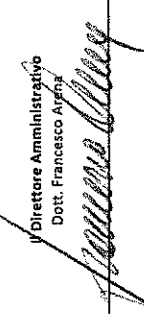
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata

Obiettivi, Strategie e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dir
Rispetto del budget assegnato per l'anno in corso e garanzia di gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture, nonché indicazione in fase di liquidazione della tempestività di pagamento	1) Budget assegnato per l'anno in corso euro 1.061.196,75, corrispondente al fabbisogno presentato 2) N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	1) Valore del budget assegnato con eventuale revisione sulla base di: - decisioni regionali in tema di finanziamento - motivate richieste da parte del Direttore di Struttura 2) Valore medio tempestività liquidazione minore o uguale a 15 giorni	1) 2) 28/02/2021	Struttura firmataria, SICG, SEF	1) Report CdG 2) Report SEF	40
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 31/01/2021	1) 2) 28/02/2021	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	
Obiettivi, Strategie e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dir
Monitoraggio dell'uso delle risorse stanziate, con Delibere di Giunta Regionale/indicazioni assessorili, ed utilizzate dalle Strutture afferenti al D.P.D. interaziendale (AASSLL NO, BI, VC, VCO per l'attuazione/consolidamento del P.L.D., per le Sperimentazioni, per gli Accordi Contrattuali (Residenzialità) e per l'Extra Accordo (ove vigenti).	Rilevazione dati sull'impegno di risorse assegnate alle Strutture delle AASSLL NO, BI, VC, VCO afferenti al D.P.D., per residenzialità/semiresidenzialità nell'ambito delle dipendenze e per lo svolgimento delle attività/azioni previste nel P.L.D.	Rilevazione annuale (Rilevata entro la fine del mese successivo all'anno di riferimento o comunque in base alle scadenze imposte dall'OED Piemonte)	28/02/2021	Strutture operative afferenti al D.P.D	Scheda di monitoraggio (su modello fornito da OED Piemonte).	30
Obiettivi, Strategie e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Dir
Favorire la sperimentazione del nuovo modello di SIMVAP presso l'ASI NO promuovendo la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempestività definita	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 70%	31/12/2020	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GoCSS	30

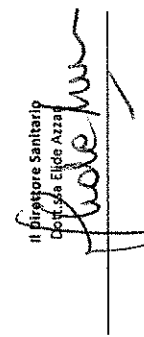
Il Direttore dipartimento
Dott. Liborio Martino Cammarata




Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arzuffi



Il Direttore Sanitario
Dott. Sa Edoe Arza



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



DIPARTIMENTO INTERAZIENDIALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerD				
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Liborio Martino Cammarata				
Obiettivi Economici e Attivi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
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	≥ 90%	28/02/2021	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20 /// ///
Mantenere stabile il numero di utenti che afferiscono alla s.c. Ser.T	N. utenti in carico alla s.c. Ser.T. anno 2020 vs anno 2019	Mantenimento standard anno 2019 ± 10%	28/02/2021	DPD	Report	/// /// ///
Obiettivi Operativi (Piazza e Unità)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
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	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2021	SIAM, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ICA	Schede revisionate e inviate alla ssi GOCSS	/// /// ///
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS *	Azioni previste nel programma di accreditamento attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	Relazione GOCSS	8 8 8
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio, comprese le Raccomandazioni ministeriali di competenza, e il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2020 ove previsto	3) Azioni previste nel programma di gestione del rischio effettuate 2) Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2021	Tutte le strutture previste nei Programmi UGR e ICA	1) Relazione UGR 2) Relazione DMPO	8 8 8
Obiettivi di Qualità e Valutazione						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza Peso Comp San Peso Comp TA
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 3/09/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DSM-NPI- DPD Consultori, s.c. MECAU	Percorso	/// /// ///
Audit inerente la rilevazione di criticità nelle modalità di gestione del percorso clinico per gli accertamenti relativi alla verifica del divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e/o di assenza di condizioni di alcolodipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio del lavoratore inviato alle s.s.c.c. Ser. D./s.s. Alcologia del DPD in ambito interaziendale	Audit effettuato	Entro il 31/12/2020	31/12/2020	DPD	Relazione	10 /// ///

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASI NO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Comp San / Peso Comp TA
1) Convalidare le politiche aziendali per la sicurezza antincendio e garantire la diffusione dei comportamenti finalizzati alla prevenzione degli incendi tra tutto il personale	1a) N° preposti e dirigenti della struttura partecipanti al percorso informativo di presentazione delle politiche aziendali per la sicurezza antincendio/totali preposti e dirigenti della struttura* 100 1b) Censimento delle apparecchiature elettriche non inventariate dall'ASI. NO, finalizzato alla verifica di conformità	1a) > 75% partecipanti al percorso informativo programmato da RSPP entro il 06/03/2020 1b) Censimento effettuato secondo le Istruzioni RSPP entro il 30/06/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/06/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Report personale partecipante al percorso informativo predisposto da RSPP 1b) Relazione RSPP con dettaglio strutture che hanno effettuato censimento nei termini assegnati	7 / 12
2) Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e il settore Formazione	2) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione dell'RSPP* 100	2) 100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione dell'RSPP	30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report alla fine di ogni periodo predisposto da RSPP e Formazione	13 / 24
3) Effettuare la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sul Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR/RGPD (UE) 2016/679	3) N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del settore Formazione* 100	3) 80% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del settore Formazione	06/03/2020 30/04/2020 30/06/2020 31/08/2020 31/10/2020	Tutte le strutture aziendali	3) Report alla fine di ogni periodo predisposto da Formazione	16 / 30
4) Implementazione della Procedura per l'inserimento del neo assunto in ASI. NO, attraverso la predisposizione per ogni struttura del manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale d'inserimento del neo-assunto (o neo-inserito nella struttura)	4) Manuale predisposto secondo le modalità condivise con la SSD GOCCS (per struttura o area omogenea) entro il 30/09/2020	30/09/2020	Tutte le strutture aziendali	4) Manuale predisposto e caricato sul Cruscotto ASI NO	4 / 6
PROGETTO: Miglioramento del sistema di comunicazione sia intra che extra-aziendale						
1) Realizzare le attività definite dal gruppo di lavoro istituito ad hoc per ridisegnare e rinnovare il sito aziendale	1a) "Scheda di attività" della struttura 1b) Documentazione di competenza della struttura utile allo sviluppo del sito aziendale indicata dal gruppo di lavoro	1a) Scheda predisposta dal gruppo di lavoro per il sito aziendale, compilata e sottoscritta dal Direttore e Coordinatore della struttura entro il 06/03/2020 1b) Completamento della documentazione di competenza entro il 30/04/2020	1a) 06/03/2020 1b) 30/04/2020	Tutte le strutture aziendali	1a) Scheda di attività inviata al gruppo di lavoro per il sito aziendale 1b) Relazione del gruppo di lavoro attestante il ricevimento della documentazione richiesta	7 / 13
2) Diffondere il piano di comunicazione aziendale al personale delle strutture	2) N° operatori della struttura informati sul piano di comunicazione aziendale/totali operatori della struttura	2) 90% degli operatori della struttura informati secondo modalità scelte dal Direttore/Coordinatore entro il 31/08/2020	31/08/2020	Tutte le strutture aziendali	2) Report del Direttore/coordinatore con dettaglio N° operatori informati e modalità utilizzate caricato sul Cruscotto ASI NO	3 / 7

(*) 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 della struttura
Dott. Liborio Marzocchini

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Liborio Marzocchini

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzah

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF AFD Gigliola Ricci

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Laura Sindaco

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Laura Sindaco

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>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 precedente</p> <p>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 e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>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</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con NPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali CIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presente</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura 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) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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 sulla scheda tipo</p> <p>3) N. incontri per: monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</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 credituali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>

Il Direttore della struttura
 Dott. Liborio Martino Campagna

