

AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA

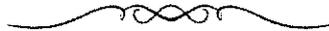
Viale Roma, 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

Numero 132 Data 1 APR. 2019

PROPOSTA ISTRUTTORIA DEL DIRETTORE GENERALE N° 41

***OGGETTO : ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2019 AI DIPARTIMENTI E ALLE
STRUTTURE AZIENDALI***



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

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

OGGETTO: **ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2019 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

IL DIRETTORE GENERALE

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

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

che per l'anno 2019 l'ASL NO, 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, ha provveduto a definire gli obiettivi da assegnare alle diverse strutture aziendali ed alla funzione Medico Competente (staff della Direzione Generale), con i relativi indicatori;

PRESO ATTO che con deliberazione del Direttore Generale n. 750 del 21/09/15 così come modificata - in ottemperanza a precisazioni regionali - con delibera 772 del 29.10.15, l'ASL "NO" ha approvato l'Atto Aziendale, recepito con D.G.R. 53-2487 del 23.11.2015;

che con propria Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 18/03/19, errata corrige della Deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 01/03/19, è stato modificato il vigente Atto Aziendale;

che nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione Piemonte, gli obiettivi sono stati assegnati tenendo conto dell'Atto Aziendale vigente fatta eccezione per la struttura semplice Consulteri in staff al Dipartimento Materno Infantile e per la struttura semplice UVOS in staff al Dipartimento di Prevenzione;

DATO ATTO che nel periodo 22-29 marzo 2019 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili per assegnare alle Strutture aziendali gli obiettivi per l'anno 2019;

che il budget economico assegnato 2019, dettagliato in allegato I quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, è da intendersi equivalente al budget consumato nel 2018, ad esclusione di quelle Strutture, evidenziate con (*), per le quali necessità gestionali hanno indotto ad autorizzare un importo complessivo di entità diversa, in entrambi i casi al netto di:



OGGETTO: **ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2019 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

- oneri collegati ai conti ex DGR. 113-6305 del 22.12.17 inerente il tetto di spesa delle risorse umane, conti confermati con DGR. 40-7703 del 12.10.18 "Approvazione piani triennali fabbisogno personale (PTFP) 2018-2020";
- fondi a destinazione vincolata e/o contributi sia regionali (inclusi importi dovuti per indennizzi danni per vaccinazioni, trasfusioni... ex L.210/92 e L.238/99) che di terzi privati;
- costi connessi all'esercizio della libera professione da parte del personale dipendente.

che il budget assegnato 2019 sarà oggetto di ulteriore verifica nei mesi di luglio ed ottobre 2019;

che per quanto concerne l'assegnazione del budget alla ssd Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati, il vincolo di budget gestito dalla Struttura 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 2019, 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 2019, 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;



OGGETTO: **ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2019 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

PRECISATO

che la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo Economico e di Attività "Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018" 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 2019 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l'anno 2019 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 2019 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 SPTA), sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

RITENUTO

di collegare al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione al personale della Dirigenza della retribuzione di risultato anno 2019 e al personale del Comparto del premio correlato alla performance, secondo i criteri definiti con gli accordi integrativi aziendali che saranno sottoscritti con le rispettive Organizzazioni Sindacali.

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

DELIBERA

per tutto quanto in premessa indicato:

1. **di attribuire** per l'anno 2019 gli obiettivi alle Strutture aziendali e alla Funzione Medico Competente, come da allegato 2 al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale;



OGGETTO: **ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2019 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;
3. **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 1. - la cui verifica sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - sono rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato e per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1. CCNL 3.11.2005 del Direttore / Responsabile di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale;
4. **di stabilire** che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2019 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 SPTA), sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
5. **di collegare** al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione al personale della Dirigenza della retribuzione di risultato anno 2019 e al personale del Comparto del premio correlato al performance, secondo i criteri definiti con gli accordi integrativi aziendali che saranno sottoscritti con le rispettive Organizzazioni Sindacali.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Arabella Fontana



SEGUE DELIBERAZIONE N. 132 IN DATA 1 APR. 2019

PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO

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

VALUTATA *la proposta di atto deliberativo ad istruttoria del **Direttore Generale** ed iscritta al n° 41 dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;*

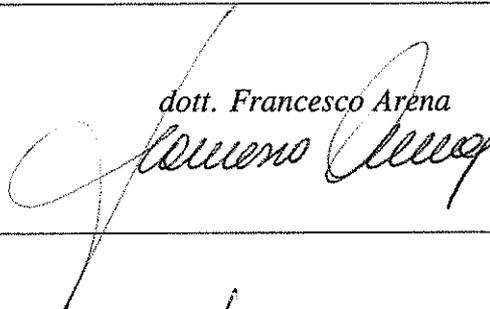
I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO

ognuno per la rispettiva competenza

ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE

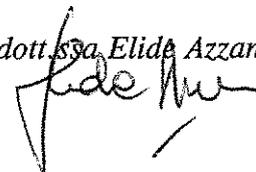
il Direttore Amministrativo:

dott. Francesco Arena



il Direttore Sanitario:

dott.ssa Elide Azzan



ALLEGATO
AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 132 IN DATA - 1 APR. 2019

COMPOSTO DA N. TRECENTOQUARANTADUE FACCIATE



OBIETTIVO ECONOMICO: BUDGET 2019

ESCLUSI gli oneri collegati ai conti ex DGR. 113-6305 del 22.12.17 inerente il tetto di spesa delle risorse umane, conti confermati con DGR. 40-7703 del 12.10.18 "Approvaz piani triennali fabbisogno personale (PTFP) 2018-2020"

AL NETTO di costi finanziati da corrispondente ricavo (FDV inclusi indennizzi ex L.210/92, libero-professione intramoenia, importi derivanti dall'utilizzo dei fondi Balduzzi accantonati e convenzioni con altre ASR per nostro personale dipendente)

C.O.		IMPORTO
Denominazione	Cod.	
Medicina Legale	15	150.011,00
Assistenza Protesica ed Integrativa	75	9.051.175,00
Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare	46	53.200,00 (*)
Distretto Area Nord	47	16.754.574,00
Distretto Area Sud	49	10.285.735,00
Distretto Urbano Novara	48	14.241.538,00
Coordinamento Cure primarie	74	35.843.849,00
Sanità Penitenziaria	77	229.580,00 (*)
Farmacia Ospedaliera	34	16.877.678,00
Farmacia Territoriale	16	59.328.593,00
SIMT - CPVE	83	168.000,00 (*)
Governo clinico e sviluppo strategico	71	90.000,00 (*)
Affari istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza	76	1.209.896,00 (*)
Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane	17	1.237.596,00
Servizio Informativo e Controllo di Gestione	5	1.219.639,00 (*)



C.O.		IMPORTO
Denominazione	Cod.	
STP: Area Tecnica - Acquisti e Logistica	3 2	26.773.238,00 (*)
DMPO	4	2.717.953,00
DSM	79	3.652.445,00
DPD	45	940.323,00 (*)

NB - Per le Strutture, evidenziate con (*), l'importo non coincide con il budget consumato nel 2018 ma evidenzia una somma di entità diversa, previamente autorizzata dalla Direzione, motivata da necessità gestionali.



STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie		100	100	0			
DIRETTORE: Dott.ssa Marinella Alberganti							
OBIETTIVI STRUTTURALI 2019							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Monitoraggio della turnistica in ottemperanza al Dgt 161/14 recepimento L66/2003	Scheda giustificativa di scostamento	Rilevazione mensile	DIPs; Strutture h24; h12; servizi	Report specifico per singola area: - ospedaliera - territoriale - prevenzione	20	20	///
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private e individuare un collaboratore per garantire il supporto delle commissioni di vigilanza delle strutture socio sanitarie	N. sopralluoghi effettuati/totali del sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Direttri, SISF-STP, MI (strutture private), UVOS (RSA), ACEP; AILCAT Dipas (RSA e strutture private)	Relazione	10	10	///
Collaborare per quanto di competenza all'implementazione e al miglioramento del sistema di Valutazione	1) Raccolta criticità 2) Elaborazione di proposte miglioramento	1) Riunione coordinatori e verbale predisposto il 31/05/2019 2) Proposte di miglioramento presentate al comitato paritetico entro il 30/06/2019	DIPs; S.c. GPVRIU; s.c. Sistema Informativo e controllo di gestione	1) Verbale 2) Relazione e schede 3) Report	•	20	///
OBIETTIVI STRUTTURALI 2019							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedura aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Collaborare con la sd ATAD alla aggiornamento della procedura aziendale inerente la gestione delle lesioni da disubito, della prevenzione al trattamento	Redazione del documento entro il 31/12/2019	SSD ATAD, DMPO, DIPs	Procedura	10	10	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, con particolare riguardo al programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019 e alla Raccomandazioni ministeriali di competenza	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	10	10	///

[Handwritten signatures and initials]



Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
<p>In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)</p>		<p>1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione condivisa con ACU, IRCCS, MMG, del PDTA relativi alla BPCO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo</p>	<p>1,2) Effettuati entro tempestività regionale 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019</p>	<p>DIPs; Distretti; GoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD</p>	<p>1,2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDTA</p>	20	10	///
<p>Supervisionare e collaborare, per quanto di competenza, alla realizzazione dei progetti dei Dipartimenti/Distretti, con particolare riguardo a:</p> <p>1) ERAS 2) PRIMA 3) Revisione del regolamento delle sale operatorie di Borgomanero 4) Progetto NIV 5) Progetto PACC team ospedale-territorio 6) Stroke unit</p>		<p>Report di monitoraggio dell'andamento dei progetti</p>	<p>Report trimestrale</p>	<p>DIPs; DM; Dig; Distretti</p>	<p>Report</p>	20	10	///
<p>Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI</p>		<p>1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) Aggiornamento in collaborazione con RSPP, delle istruzioni operative per il corretto utilizzo dei DPI</p>	<p>1) Entro il 31/12/2019 2) Istruzioni operative aggiornate entro il 31/03/2020</p>	<p>Tutte le strutture con attività a rischio biologico</p>	<p>1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo</p>	10	10	///

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 8-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 8-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Annalisa Alberganti

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ildeleana

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arebelle Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SEZIONE AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CONL. 07/11/95

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) Adozione 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 riconfermazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/02/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO;</p> <p>1b) Riconfermazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/03/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Riconfermazione raggiungimento obiettivi 2018</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: Attenzione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (diffidenza e compario)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla diffidenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento 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 controfirmato ppy</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla diffidenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoC55 con indicazione</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (ELS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO) n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report depliegativo azioni PO</p>	

[Handwritten signature]

Il Direttore di struttura
 Dott.ssa Marinella Alberganti
[Handwritten signature]



STRUTTURA: s.s.d. Governo clinico e sviluppo strategico		100	100	100	
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino					
Obiettivi Economici e Finanziari					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019 e assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	1) Budget assegnato per l'anno 2019 2) N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore / mese 3) Resa del conto agende contabili casse al SEF	1) Valore del budget pari all'80% del budget del preventivo 2019 2) Assenza di segnalazioni per errori ripetuti 3) Entro il 30/04/2019	1) Ordinatori di spesa 2) 3) Tutti gli ordinatori	1) Report CdG 2) Report SEF 3) Determina SEF	Peso comparto SAN 5 Peso comparto AT 20
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR con particolare riferimento a quanto concerne la gestione degli eventi avversi e dei near miss	N. di eventi gestiti/N. Eventi segnalati*100	100%	ssd GoCSS, UGR	Report	Peso comparto SAN 10 Peso comparto AT 0
Promuovere le attività di formazione nell'ambito dell'ASL NO attraverso il supporto delle strutture nell'accREDITAMENTO degli eventi formativi e nella raccolta dei bisogni formativi e implementare la nuova piattaforma ECM Provider	1) Rispetto della tempistica nella gestione dei corsi; 2) Raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo; 3) N. iniziative di diffusione della BVS-P attuate nell'anno	1) Nel 100% dei corsi accreditati 2) Entro il 31/12/2019 3) Almeno due	ssd GoCSS	1) Relazione annuale Provider 2) Proposte formative raccolte 3) Attestato partecipazione al corso	Peso comparto SAN 10 Peso comparto AT 20
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	
Promuovere il miglioramento della qualità dei servizi sanitari tenuto conto del processo di accREDITAMENTO aziendale attraverso: 1) La revisione della procedura per la redazione/revisione di procedure/percorsi assistenziale e istruzioni operative nell'ASL NO 2) Il supporto metodologico per: a) La revisione/revisione di procedure/percorsi, istruzioni operative, regolamenti; b) La gestione audit clinici 3) Il supporto alle strutture aziendali nella redazione del PDTA previsti dal PLC	1) Procedura revisionata 2a) Percorsi assistenziali, regolamenti, procedure, istruzioni operative (esclusi quelli della rete oncologica) revisionate/riviste con le strutture aziendali 2b) Audit clinici condotti 3) PDTA BPCO - SCC	1) Entro il 31/12/2019 2a) Almeno 3 entro il 31/12/2019 2b) Almeno 2 entro il 31/12/2019 3) Almeno 1 entro il 31/12/2019	Ssd GoCSS, tutte le strutture aziendali	1) Procedura 2a) PDTA, regolamenti, procedure, istruzioni operative 2b) Relazione audit clinici 3) PDTA	Peso comparto SAN 20 Peso comparto AT 5

Handwritten signatures and initials:
 - A large signature on the left.
 - Initials "ds" on the top right.
 - A signature "R" on the middle right.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Pesi		
					dirigenza	comparto SAN	comparto AT
Partecipare alla valutazione della performance aziendale attraverso il coordinamento delle strutture aziendali interessate, il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di budget delle strutture aziendali, propedeutico alla valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e la raccolta delle immagini di salute prodotte dai diversi servizi	Relazione sulla performance aziendale 2018	Entro il 30/06/2019	Ssd GoCSS, tutte le strutture aziendali	relazione Annuale Performance (RAP)	20	15	30
Rielaborazione dei contenuti e della tempistica del sistema di reporting dirazionale	1) Progettazione nuovo modello report 2) Applicazione sperimentale del modello	1) Modello predisposto entro il 31/10/2019 2) Modello applicato a seguito di approvazione da parte della Direzione Generale	GoCSS - CdG	1) Format 2) Report	15	0	20
Gestione e avvio del CUP regionale attuando il nuovo modello organizzativo	Aggiornamento della "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Distretti; ssd GoCSS; ssd ACEP; DMPO; i.c. Sistema Informativo e Controllo di gestione	Percorsi/procedura	15	20	5
Supportare l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Identificazione dei criteri di rischio biologico (alto o basso rischio di contaminazione biologica); 2) Mappatura delle attività; 3) Definizione della tipologia di dispositivi medici o DPI da utilizzare per singola attività o per categorie di attività; 4) Produzione di un documento aziendale (procedura, istruzioni operative)	1,2,3,4) Entro il 31/12/2019	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1,2,3,4) Procedure	10	20	0

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DCR 91/1.675 del 22.6.09, escluse del peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.
 (***) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott.ssa Daniela Sarasino

Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Fasan

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana

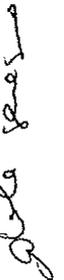


VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/OP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione e commissioni/gara e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione >= 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'Oiv tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 ECMV garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura

Dot.ssa Daniela Sarasino





[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

STRUTTURA: s.s.d. Servizio di Psicologia						100	0	0
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Lucia Colombo						Peso diligenza	Peso Com_SAN	Peso Com_AT
Obiettivi Strategici								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com_SAN	Peso Com_AT	
Assicurare le attività dello Psicologo ai Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale (NPI, DM), DSM, SERT, CDCO, Distretti, Ospedale, formazioni, 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 (adulto) 2. presa in carico del paziente adolescente e della sua famiglia 3. comunità psichiatriche 4. attività neuropsicologiche per CDCO 5. paziente in Hospice 6. mediazione conflitti 7. SERT	SSD Psicologia (in accordo con le strutture che si avvalgono dello psicologo)	Piano attività	25	///	///	
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 31/12/2019	Medico competente; SPP; DSM; SSD Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	25	///	///	
Obiettivi Operativi								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com_SAN	Peso Com_AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Redazione della procedura per la presa in cura dei minori in caso di abusi e o maltrattamenti in riferimento alle LG Regionali con deliberazione n.10-8475 del 03-05-2019	Documento redatto secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	SPS servizi socialimpi.	percorso/procedura	25	///	///	
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	15	///	///	



Obiettivo di Intervento Regionale Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN / Peso Com AT
Realizzazione del progetto per la prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo L.R. 5 febbraio 2018 e DGR 83-8235 del 20/12/2018 (finanziato con fondi regionali - D.D. 27 dicembre 2018, n. 957)	1) Progetto con la definizione dell'impiego della quota assegnata alla SC NPI 2) N. azioni realizzate/N di azioni previste *100	1) inviato alla Direzione Generale entro 30/06/2019 2) 100% delle azioni secondo le tempistiche previste nel cronoprogramma del progetto, eventualmente aggiornato secondo indicazioni e scadenze della Regione	NPI, SPS	1) Progetto 2) Relazione su attività e rendiconto costi sostenuti	20	///
Implementare il progetto aziendale per la prevenzione della Depressione Post Parto, che coinvolge trasversalmente tutte le strutture che afferiscono al DMI, in collaborazione e sinergia con la SSD di Psicologia (coordinatrice del progetto regionale di organizzazione di programma di attività di formazione)	1) Progetto condiviso a livello di DMI e SSD Psicologia 2) N. azioni effettuate/n. azioni pianificate nel progetto* 100	1) Validato da Direttore DMI e da Responsabile SSD Psicologia e consegnato alla Direzione Generale entro il 30/06/2019 2) > 90%	Tutte le strutture che afferiscono al DMI, SSD Psicologia	1) progetto 2) report DMI	15	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla OGR 9-11.625 del 22.6.09, art.10 del peso strategico agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott.ssa Lucia Colombo

Lucia Colombo

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Elide Azzan

Il Direttore amministrativo
Dott. Francesco Arena

Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Isabella Fontana

Isabella Fontana



[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SD/SDIP 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 181 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1. Incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV (tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget)</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione (tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note a GoCSS con indicazioni nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interne	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione al Mederim</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento; invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dell'informazione sui corsi di formazione 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott.ssa Lucia Colombo
[Handwritten signature]



STRUTTURA: Funzione Medico Competente				100	100	100
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Michele Bestagini						
OBIETTIVI FORMATIVI E DI APPUI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. AT
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da riproporre 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 31/12/2019	Medico competente; SPP; DSM; sse Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	20	30
Promuovere le disassettazioni della struttura (tabagica per i lavoratori dell'ASL NO invitandoli ad aderire al percorso attivo presso il centro di disassettazione tabagica)	N. di lavoratori invitati a recarsi al centro di disassettazione/N. dei fumatori sottoposti a visita medica	100%	MC, CTT	Report	10	20
Effettuare una valutazione del rischio NIDSH nelle strutture dove esiste la movimentazione manuale dei carichi provvedendo all'elaborazione del relativo indice di rischio	N. di strutture valutate/N. di strutture con movimentazione di carichi identificate a rischio	80%	MC, SPP	DVR	10	20
OBIETTIVI DI APPROPRIAZIONE E DI SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. AT
Corso di formazione per movimentazione manuale dei pazienti	N. edizioni del corso nell'anno 2019	Almeno 4 edizioni entro il 31/12/2019	MC, SPP, DIPSA, GOCSS	Relazione sulla formazione	20	30
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della regione Piemonte n. 735/2017	1) Istruzione operativa per l'invio a visita in Commissione Medica di Verifica (CMV) 2) Procedura per la gestione della sorveglianza sanitaria e giudizio di idoneità	1) Entro il 31/12/2019 2) Entro il 30/06/2019	MC, DIPSA, GPMRU	1) Istruzione operativa 2) Procedura	20	30
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	10	20
OBIETTIVI DI APPROPRIAZIONE E DI SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. AT
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	20	40
Supportare l'SPP nella valutazione di applicabilità del sistema di gestione della sicurezza ai sensi del D.Lgs 81/08 secondo proposta regionale	Valutazione dell'applicabilità del modello regionale in ASL NO	Entro 31/12/2019	SPP, MC	Report	10	40

Il Direttore Generale
Dott.ssa Sabella Pontana

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Ariana

Il Direttore Sanitario
Dott. Guido Azzen

Il Dirigente responsabile
Dott. Michele Bestagini



Il presente documento è di cui alla DGR 9-11-05 del 22.6.05, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

STRUTTURA: Trasparenza		100	0	100			
s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza							
DIRETTORE: Dott. Claudio Teruggi							
Obiettivi Economici e di Affari							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti Attesi	Peso differenziale	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20	///	10
Adeguamento e sviluppo del sito aziendale in collaborazione con la S.C. Sistema Informativo e Controllo di Gestione	revisione del gruppo operativo per la progettazione e gestione del sito in termini di contenuti 2) Operatori formati	1) Entro il 30/06/2019 2) Almeno due	ALCAT, SICG	Relazione e sito	10	///	10
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	10	///	10
Assicurare il coordinamento amministrativo a supporto del gruppo USP di tutti i registri e procedure	1) Registri aggiornati 2) Verbali incontri 3) Data Breach in cui è stata seguita la corretta infortunio/Top del Data Breach 4) Esecuzioni attività di supporto al DPO per l'applicazione del GDPR	1) Eregistri costantemente aggiornati 2) 100% dei verbali con incontri 3) 100% 4) Secondo indicazioni del DPO	ALCAT	1) Registri 2) Verbali 3) Relazione 4) Relazione	20	///	10
Applicazione piano aziendale anticorruzione 2019-2021 anche in relazione agli audit previsti	1) Audit previsti dall'allegato 7 del piano anticorruzione. 2) Adempimenti al piano Anticorruzione e Trasparenza 3) Aggiornamento cruscotto e validazione obiettivi della struttura relativamente alla trasparenza e anticorruzione	1) 100% audit previsti al 31/12/2019 2) 100% entro 31/12/2019 3) In corso d'anno, entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali	1) Tabella di sintesi con verbali a supporto 2) Relazione piano 3) Report cruscotto	10	///	10

[Handwritten signatures and initials]



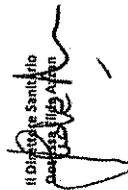
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni contrattate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019	Azione effettuate come da cronoprogramma	100%	AIRCAT - STP - SIC - DMPO, Consulente AD Parma	Procedure	15	///	10
Redazione/Revisione delle procedure dell'ASI NO	1) Procedure per la gestione dei reclami 2) Revisione della segnalatica e della cartellonistica aziendale	1) 2) Documento redatto/recisionato secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	AIRCAT, tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	Procedura	.	///	30
OBIETTIVO 3) INFEZIONI E SICUREZZA							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Assunzione e garanzia delle attività del Servizio di controllo Ispezione dell'ASI NO, in attuazione all'Atto Aziendale	1) Verifica dello stato di recupero crediti, in collaborazione con il DUN 2) Verifica dei contratti del personale medico e del comparto sanitario nelle strutture accreditate a supporto delle commissioni di vigilanza 3) Verifica iscrizioni extraliquidazionali	1) 2) 3) Report semestrale	ssc A.C.E.P., DUN	1) 2) 3) Report e verbali	15	///	10

(*) Selettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.875 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.
 (***) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

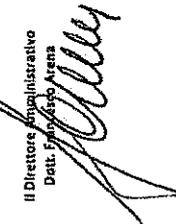
Il Direttore di struttura
Dott. Claudio Teruzzi



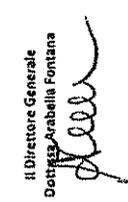
Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Adamo



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI S.C./S.V.O.P. AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 3.1, CCNL 02/11/05

Parametro	Chiaro	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 o incarico di alta specializzazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018, inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/09/2019</p> <p>2) Report verifica programmazione orari mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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 Partecipazione e commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2,1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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 ppy</p> <p>3) N. incontri per monitoraggio obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.r.d. GoCSS per inservire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' "emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.r.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP a formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca crediti</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 trimestrate in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Claudio Teruggi

[Signature]

[Signature]



OBIETTIVI DI PERFORMANCE QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso d'importanza	Peso Com. AT
Aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali secondo cronoprogramma: - Descrizione Sistema Informativo (1.4.1) - Procedura gestione liste di attesa (1.4.2) - Procedura prenotazioni prestazioni (1.4.3)	Aggiornamento procedure	Entro 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; asd GoCSS	Procedura	30	10
Partecipazione all'analisi di sicurezza Informatica ASL NO per applicazione GDPR (regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e successivo supporto al DPO	1) Partecipazione sedute gruppo di lavoro 2) Esecuzione attività supporto DPO	1) Partecipazione 100% sedute 2) Secondo pianificazione indicazioni DPO	1) AILCAT-STP-DMPO-SIGC 2) Tutte le strutture	1) Verbali sedute 2) Relazione	.	15
OBIETTIVI DI PERFORMANCE SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso d'importanza	Peso Com. AT
Supporto al progetto ciclo degli acquisti (NSO)	Individuazione soluzione tecnica per attivazione	Secondo cronoprogramma regionale	SICG - SEF - STP	Relazione	5	10
Implementazione software CUP unico Regionale	Secondo tempistica Regionale	Rispetto della programmazione	DMPO, SICG, GOCSS, DISTRETTI	Nota di avvio	15	20
Realizzazione degli interventi per progetto FSE - SOL	Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi declinati nel Piano operativo aziendale per l'implementazione del FSE-Sol Piemontese	Realizzazione del 100% degli interventi nelle tempistiche programmate	SICG	Relazione	15	10

(*) obiettivo prestazione di cui alla DGR 9-11-075 del 12.6.09, escluso dal piano allegato agli obiettivi sopra indicati.
 (***) strutture capillarmente occupate in caso di obbligo di intervento a quelle che si occupano di occupare le attività.

Il Direttore di struttura
 Dott.ssa Luigina Cendrop

Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Lidia Azim

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Isabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/PP AL SENSO DELL'ART. 27, COMMA 1.1, COV.01/12/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento esterno
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 strutture semplici, 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 strutture semplici o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di specificazione di incarico del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi/ 2018</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>Partecipazione a commissioni/genre e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2. 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza, produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite poste elettroniche, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo e.p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota ai GoC55 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) h. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Ateneo per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report (risepilogativo azioni) PO</p>

[Handwritten signature]



STRUTTURA: Umame		100		100		100	
DIRETTORE: Dott. Gianluca Corona							
s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse							
Obiettivi Economici e di Attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Rispetto del tetto di spesa del personale 2019	Report mensili di protezione della spesa relativamente ai conti di bilancio per i quali la s.c. GPVUR è centro ordinatore	Rispetto del tetto di spesa	GPVUR	Report mensili	20	15	15
Coordinare e monitorare l'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1) Indicazioni alle strutture sulle modalità per astenersi alla normativa 2) Verifica a campione sul turni di lavoro	1) Indicazioni inviate almeno 4 volte all'anno 2) Su almeno tre mesi a campione	GPVUR	1) Indicazioni 2) Report verifica	15	15	15
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	10	10	10
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Coordinamento organismo paritetico per l'innovazione (CCNL comparto sanità)	1) Regolamento entro il 30/04/2019 2) Gestione ed elaborazione di almeno tre proposte progettuali	1) Entro il 30/04/2019 2) Entro il 31/12/2019	GPVUR	1) Regolamento 2) Progetti	10	5	5
Messa a regime del sistema di valutazione personale del comparto	1) Predisposizione di nuove schede di valutazione 2) Adempimenti di competenza secondo cronoprogramma indicato nel sistema di valutazione	1) Entro il 30/04/2019 2) Secondo il cronoprogramma	GPVUR	1) Schede di valutazione 2) Relazione	20	20	20
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Elaborazione testo di regolamento per le procedure assuntive e borse di studio	Redazione del regolamento	Delibera di approvazione del regolamento entro il 31/10/2019	GPVUR, tutte le strutture che assegnano borse di studio	Regolamento e proposta di delibera	*	10	10
Fabbisogno triennale del personale: monitoraggio	Predisposizione mensile distinte per struttura (a-Dirigente) e per qualifica (b- Comparto)	Per la dirigenza: a1) personale in servizio a fine mese confrontato con il fabbisogno previsto, a2) cessazione di personale dall'01/01/2019 a3) previsione di cessazioni (fino a fine anno a4) assunzione da inizio anno a5) personale assente a vario titolo Per il comparto: b1) la situazione del personale in servizio confrontato con il fabbisogno	GPVUR	Distinte	15	15	15
Adozione nuovo contratto integrativo aziendale conforme al CCNL comparto sanità	Atti preparatori e proposte di deliberazione di approvazione	Entro il 31/12/2019	GPVUR	Proposta di Delibera con allegato contratto integrativo	10	10	10

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

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

Il Direttore di Struttura
Dott. Gianluca Corona

Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco Azzen

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Anna Bella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SVODIP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL DS/13/05

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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione orari</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>Partecipazione a commissioni/pare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento 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 controllirma p.pv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.r.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS 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 dal/ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.r.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report, esito verifica credenziali</p> <p>2) Report, riepilogativo azioni PO</p>



de

[Signature]
Il Direttore di struttura
Dott. Gianluca Corona

STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale		DIRETTORE: Dott. Silvano Bonelli		100	0	100
Obiettivi Tecnici e di Risultato						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com SAN	Peso Com AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	± valore del Budget consumato nel 2019 con rivalutazioni nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	///	10
Stesura, per quanto di competenza del Piano Investimenti 2019-2021 e predisposizione capitolati di gara	1) Elenco investimenti 2019, Piano Investimenti 2019-2021 2) Gare di competenza (gare RM, Mammografia, Ris Pacs)	1) Entro tempistica PAC 2) Entro 31/12/2019	Strutture amministrative	1) Delibera Piano Investimenti 2) Capitolati	///	10
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	///	20
Applicazione DM 19 marzo 2015 - interventi previsti per anno 2019 in materia di antiscandalo	1) Tabella riportante interventi effettuati secondo cronoprogramma a relativi documenti 2) Pianificazione per anno 2019	1) Entro il 26/04/2019 2) 100% interventi previsti	STP	1) Cronoprogramma 2) Documenti predisposti secondo cronoprogramma	///	5

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



Inventario dei beni mobili dell'ASL NO	Completamento inventario del FO di Borgomanero (attività iniziata nel 2018)	Entro 31/12/2019	STP	Inventario	5	///	15
Programmazione annuale lavori e interventi di manutenzione straordinaria	Programma annuale concordato con la Direzione Generale	280% degli interventi finanziati	STP	Relazione	15	///	5
Quadro di Affidabilità Contabile							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Monitoraggio gestione e costi dei contratti di forniture e servizi più significativi della s.c. Tecnico Patrimoniale	Istruzione operativa per DEC-RUP per la verifica dei contratti dei fornitori servizi	Entro 31/12/2019	STP	Istruzioni operative	15	///	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019	Aggiornamento procedure relative alla raccomandazione 9	Almeno il 90% entro 31/12/2019	STP - RSPP - SIC - DMPO, Consulente AO Perma	Procedure	5	///	10
Strutture coinvolte							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Supporto al progetto ciclo degli acquisti (NSO)	Adeguamento delle attività	Secondo cronoprogramma regionale	SICG - SEF - STP	Relazione	10	///	10
Approvazione del regolamento per l'applicazione del sistema di gestione aggiornamento del personale/procedure aziendali del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. (Codice Appalti)	Regolamento predisposto	Entro il 31/12/2019	STP	Regolamento	*	///	5

(*) 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 l'attività.

Il Direttore di struttura
Dott. Silvano Bionelli

Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott. G. G. Fontana



[Handwritten signature]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SVDP/IN SENSI DELL'ART. 37, 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 mandonazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendali</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbali incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere reusata un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigente e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Nota/relazione con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.a.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informatici e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca creditenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Ripetuto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica creditenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dot. Silvano Bonelli



STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario							100	0	100
DIRETTORE: Dott.ssa Barbara Buono									
Obiettivi (Standard) di Attività							Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti Attesi	Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT		
Chiusura del bilancio 2018	Redazione dei documenti e scritture contabili	Entro i tempi previsti dalla Regione	SEF	Delibera	30	///	20		
Accordo transattivo con fornitore su interessi di mora	Conclusione di almeno due accordi con impresa fornitrice (o factor)	Entro 31/12/2019	SEF	Determina	10	///	10		
Supporto alla Direzione Amministrativa per l'approvazione e aggiornamenti piano investimenti 2019	Istruttoria e predisposizione atti relativi	Termini previsti da atti/norme regionali/attali	SEF	Delibera	30	///	///		
Obiettivi (Standard) di Qualità							Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti Attesi	Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT		
Assicurare la tempestività dei pagamenti delle fatture dei fornitori privati	N. fatture pagate/N. fatture liquidate	100% entro tempistica indicata in fase di liquidazione (fonte dati CED)	SEF - SICG	Report	10	///	20		
Gestione quadratura e parifica al bilancio resa del conto agenti contabili	Magazzini e altri agenti contabili anno 2018	Entro il 31/05/2019	STP-Farmacia Ospedaliera -farmacia territoriale - Distretti	Determina dirigenziale	*	///	40		
Obiettivi (Standard) di Supporto							Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti Attesi	Peso diffidenza	Peso Com SAN	Peso Com AT		
Supporto al progetto ciclo degli acquisti (NSO)	Adeguamento delle attività	Secondo cronoprogramma regionale	SICG - SEF - STP	Relazione	10	///	10		
Gestione istanze della Corte dei Conti su Consumativo 2017	Istruttoria e predisposizione atti relativi alle istanze	Entro i termini indicati dalla Corte dei Conti	SEF	Documenti/e-mail	10	///	///		

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-31-052 del 22.6.09, ebbene dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) struttura capofila; in caso di obiettivi trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Isabella Fontana



[Handwritten signature]

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento stesso
Capacità di conseguire e efficientare attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 151 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018 2) Pradispositore di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gere e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) Partecipazione a 1 incontro 3) Entro 31/12/2019 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presente 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento) 4) Relazione e verbali 5) Relazione
	OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante del governo della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma ppv 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.r.l. GoCSS per inserirne il nominativo nel Cruscotto ASI, NO 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali 2) Mail/note al GoCSS con indicazioni nominativi 3) Verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi.	1) N. operatori che hanno acquistato il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (R.S.-D; P.B.L.S.; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) h. operatori formati/totale da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura 5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.r.l. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format 5) Relazione formazione
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riesplorativo azioni PO

[Handwritten signature]
Il Direttore di struttura
Dot.ssa Barbara Buono



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		Obiettivi Economici ed Ambientali			Peso
DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian		Target (Standard)			dirigenza
Descrizione	Indicatore	Strutture coinvolte	Documenti attesi		
<p>Monitorare la redazione e l'applicazione dei piani aziendali per la promozione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano Locale di Prevenzione (PLP) - Palsa - Piano Annuale di Educazione alla Salute 	<p>1) PLP e PAISA predisposti 2) N azioni realizzate/totali delle azioni previste * 100 (PAISA e PLP) 3) Rendicontazione del PLP e del PAISA 4) Piano di Educazione alla Salute predisposto 5) Rendicontazione del Piano di Educazione alla salute</p>	<p>Tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione, DPD, DMPO</p>	<p>1) PLP 2,3) Rendicontazione PLP 4) Piano Annuale di Educazione alla Salute 5) Rendicontazione Piano Annuale di Educazione alla Salute</p>	30	
<p>Promuovere in sintonia con il Direttore Sanitario l'attività del Tavolo di Coordinamento della "Governance"</p>	<p>Organizzare e partecipazione agli incontri programmati</p>	<p>Direttore Dipartimento Prevenzione</p>	<p>Verbali</p>	10	
		Obiettivi di Appropriata Qualità			Peso
		Target (Standard)			dirigenza
Descrizione	Indicatore	Strutture coinvolte	Documenti attesi		
<p>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</p>	<p>1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività</p>	<p>Tutte le strutture del Dipartimento</p>	<p>1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione</p>	50	
		Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			Peso
		Target (Standard)			dirigenza
Descrizione	Indicatore	Strutture coinvolte	Documenti attesi		
<p>Individuare e promuovere possibili sinergie con altre Strutture Sanitarie al fine di sviluppare una rete organizzativa che possa implementare attività consolidate e innovative nell'ambito della prevenzione e favorire la valorizzazione dei dati, la promozione della salute e la comunicazione</p>	<p>N° riunioni tavolo interaziendale a cui si è partecipato/tot delle riunioni * 100</p>	<p>Dipartimento Prevenzione</p>	<p>Verbali</p>	10	

Il Direttore di Dipartimento
dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arzuffi

Il Direttore Generale
Dott. Angela Fontana



[Handwritten signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Legale		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		Peso differenza	Peso Com_SAN	Peso Com. AT
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	Valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	35	10
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 nell'accordo 2) Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e domiciliari con particolare attenzione per la L.90/2006	1) Report semestrale monitoraggio indicatori previsti nell'accordo 2) =2018 e comunque entro lo standard regionale	Distretti (specialisti neurologi e geriatri: UMVD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale, MMG, INPS/patronati	1) Report 2) Rendicontazione	10	10
Tenuto conto dell'emanando nuovo assetto aziendale, che prevede l'attivazione di una struttura interaziendale, definisce le modalità organizzative e gestionali	Regolamento della struttura interaziendale	Entro il 31/12/2019	Medicina Legale	Regolamento	10	10
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	1) Piano dei controlli della Commissione di vigilanza 2) N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	1) Definizione del piano dei controlli congiuntamente ad ACEP e approvato dal Tavolo dei direttori di distretto entro il 30/04/2019 2) Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	Distretti, ACEP, SISP, STP, ML, DIFSA, UVDS	1) Piano 2) Relazione	10	10
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento del personale/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al servizio della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Redazione/aggiornamento della procedura/parcorso previsto nel cronoprogramma 2018 2) Aggiornamento della procedura per la corretta gestione della stessa, con particolare riguardo alle situazioni di rischio infettivo	1, 2) Documento redatto/aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	1) Tutte le strutture aziendali; sfd GdCS 2) ML, Anatomia Patologica, SISP, DMPO	Percorso/procedura	10	35
Attuare per la parte di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR ed il programma annuale di attività del CGS. In particolare alla luce delle ultime disposizioni di legge - con particolare riferimento alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) - aggiornare la procedura per l'acquisizione del consenso informato	1) Partecipazione alle attività connesse con il CGS e con l'UGR aziendale 2) Procedure per l'acquisizione del consenso informato	1) 90% 2) Procedura aggiornata, secondo format aziendale, entro il 31/12/2019	s.c. Medicina Legale; strutture partecipanti USR; DMPO; s.c. AILCR1**	1) Rendicontazione 2) Procedura	0	0

[Handwritten signature]



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso domanda	Peso commento SAN	Peso comparto AT
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) per quanto di competenza	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP = 100	≥ 90%	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	5	5	5
Revisione delle procedure condivise con la Procura della Repubblica ed in particolare: Casi di mesotelioma	Procedure da revisionare	Entro il 31/12/2019	ML- SPRESAL	Procedure	10	5	5
<p style="text-align: center;">OGNUNA DELLE SECONDE COLONNE</p> <p>Collaborare con i servizi di epidemiologia e gli aspetti epidemiologici</p> <p>Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI</p>							
Collaborare con i servizi di epidemiologia e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/03/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, ML, SIAV A	Schede revisionate e pubblicate	5	10	35
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sinistica del Gruppo Operativo	5	5	5

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-2015 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi/copia indicata.

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

Il Direttore di struttura
Dott. Gianfranco Zulliani

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulliani

Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Avani

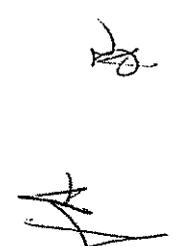
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI CRUSCOTTO AL SINI DEL VANT. 37, comma 1.1, CORN. 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento Attivo
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 151 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 di Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera contrattfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GOCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (DLgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riaplogativo azioni PO</p>


 il Direttore di struttura
 Dott. Francesco Ziliani



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: Dott.ssa Ivana Curcio		Peso dirigenza	Peso Com_SAN	Peso Com_AT
Descrizione	Indicatore	Target (standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com_SAN	Peso Com_AT
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento al Piano di Gestione della Sicurezza negli Atte, attività, alimentazione, attività fisica, tabagismo, vicellismo...)	Realizzazione/azioni previste nel PLP * 100	200%	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	50	60
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei piani di attività dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento del procedura/percorso definita nel cronoprogramma 2018 (Gestione dei piani di attività) secondo il formato definito, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotti entro il 31/12/2019	1) Documento aggiornato, secondo il formato definito, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotti entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali: sid GoCSS	1) Percorso/procedura 2) Report	20	30
Collaborare con la sid GoCSS, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	Al 31/01/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Al 31/01/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAR, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV C, SERT, SIAV A	Schede revisionate e pubblicate	10	0
Revisione delle procedure condivise con la Procura della Repubblica ed in particolare: 1) Casi di mesotelioma 2) Casi di malattie professionali 3) Notifica di reato	1) 2) Procedure da revisionare 3) Disposizione per la segnalazione di notizie di reato	Entro il 31/12/2019	1) ML - SPRESAL 2) SPRESAL 3) SPRESAL	1) 2) Procedure 3) Guida	10	10
Concorrere al monitoraggio del percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica e divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio (DGR n. 29-2328 del 26/10/2015)	Report di valutazione dell'attuazione del percorso aziendale con rilevazione delle criticità e proposte di revisione/aggiornamento	Entro la fine dell'anno 2019	MC, Laboratorio, Sert, Atologia, SPRESAL	Report	0	0
Gruppo della rete WHP nel territorio novarese	Proposizione del progetto rete WHP Novara, coinvolgendo un maggior numero di imprese	Almeno 8 aziende	SPRESAL	Rendicontazione attuazione progetto	10	0



Il Direttore di struttura
Dott.ssa Ivana Curcio

Il Direttore Amministrativo
Dott. Gianfranco Zullian

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO QUESTIONARE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI CRUSCOATO AL SENSO DELL'ART. 23, COMMA 1.1, CCNL 08/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attivo
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, al dirigente di struttura complessa con incarico di alta specializzazione, al dirigente di struttura complessa 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 assegnazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Prerogative di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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: Attenzione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/giure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni (ricavate)*100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare* 100</p>	<p>1) Entro un range da 90 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP)</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS")</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi del personale sanitario</p> <p>4) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>5) 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>6) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS")</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi del personale sanitario</p> <p>4) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>5) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Sostegno 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 trimestrate in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

[Handwritten signatures and notes on the right side of the page, including a signature that appears to be 'Ivana Cucco' and another that appears to be 'A. S. L. NO']



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica			100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian		DIRETTORE: Dott. Aniello Esposito					
OBIETTIVI ECONOMICI E QUALITATIVI							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	200%	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	*	20	20
Applicare il Piano locale vaccinazioni, in sintonia con la normativa nazionale (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale) e con le Indicazioni regionali	1) Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base a 24 mesi) 2) Copertura vaccinale nei bambini (MPP 1° dose)	1, 2) Standard previsto dal PNV e dal PRV	SISP	1, 2) Report SISP	30	25	20
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private	N. sopralluoghi effettuati/totali dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP, DIPsa (RSA e strutture private), UVOS (RSA), ACEP, ML (strutture private)	Relazione	15	5	10
OBIETTIVI DI PIANIFICAZIONE E QUALITÀ							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento delle istruzioni operative per la corretta gestione del paziente deceduto per morbo di Creutzfeldt-Jacob, con particolare riguardo alle situazioni di rischio infettivo 2) Implementazione della procedura aggiornata nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	1) ML, Anatomia Patologica, SISP, DNPO 2) Tutte le strutture aziendali; ssd GoC55	1) Percorso/procedura 2) Report	10	10	10
Nell'ambito del programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, verificare l'attuazione della procedura per la prevenzione rischio cadute in RSA	Relazione sull'attività di vigilanza	Entro il 31/12/2019	SISP, UGR	Relazione	10	5	10
Collaborare con ssd GoC55 al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei Jingoll servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2018 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2018 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresai, SIAV B, SIAV C, SERT, ML, SIAV A	Schede revisionate e pubblicate	10	5	5

[Handwritten signature]



Società di Impiegati e Supplenti							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Promuovere l'aggiornamento dei Dyr relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei Dpt	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D. lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	10	10
In riferimento al reclutamento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Crontici", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione condivisa con ADU, IRCCS, MMG, del PDA relativi alla EPCCO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	1,2) Effettuati entro tempistica regionale 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	1,2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDTA	10	10	10
Promuovere un corretto stile di vita nell'ambito del progetto "benessere", destinato ai soggetti che afferiscono al DSM, attraverso lo sviluppo di buone pratiche alimentari ed educazione al movimento	1) N° incontri con medico SIAN, medico dello sport, operatori del DSM e pazienti 2) Pazienti presi in carico/totale pazienti (inviati) = 100	1) Almeno 2 nell'anno 2) ≥ 95%	SIAN, DSM, SISP	1) Relazione 2) Report DSM	5	10	5

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 8-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi/pesca indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott. Anniello Esposito

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Cullari

Il Direttore Sanitario
Dott. Sara Tardito

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Aigna

Il Direttore Generale
Dott.ssa Argibella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SVD/DP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1. CCNL 03/31/05

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 o 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 2018</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 entro il 31/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/09/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulle programmazioni dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenze, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1. Incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verballi</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (Idigenza e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Entro 20 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVIMENTO del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che al 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 ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al TOIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del responsabile con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.o.v. alla s.a.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verballi</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazioni nominativi</p> <p>3) Verballi</p>
		<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla S.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Achille Esposito

[Signature]



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: Dott.ssa Silvana Pitrolo				
OBIETTIVI ECONOMICI (VALORI)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN Com AT
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificandolo, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziende coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100 1,2) ± 90%		Strutture coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	1) Rendicontazione del PLP 2) Rendicontazione PAISA	*	50 60
OBIETTIVI DI PREVENZIONE (VALORI)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN Com AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento del percorso/procedure definite nel cronoprogramma 2018 2) Implementazione della procedura aggiornata nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	1) Percorso/procedura 2) Report	30	10 20
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31/12/2019	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Report di audit	20	10 20
Effettuare la valutazione dell'efficacia dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 853/2004	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 31/12/2019 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Relazione 2) Report	20	30 0
Collaborare con la ssd GoCSS, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/03/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVDS, Sprasad, SIAV B, SIAV C, SERT, IML, SIAV A	Schede revisionate e pubblicate	10	0 0

[Handwritten signatures and initials]



Obiettivi di Impostazione e Sviluppo							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Applicazione del modello definito 2) Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MMG, del PDTA relativi alla BPCO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	1) A seguito della definizione del modello 2) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPSS; Distretti; GoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD; Cure Palliative; ATAD	1) Relazione 2) PDTA	10	0	0
Promuovere un corretto stile di vita nell'ambito del progetto "benessere", destinato ai soggetti che afferiscono al DSM, attraverso lo sviluppo di buone pratiche alimentari ed educazione al movimento	1) N° incontri con medico SIAN, medico dello sport, operatori del DSM e pazienti 2) Pazienti presi in carico/totale pazienti inviati *100	1) Almeno 2 nell'anno 2) ≥ 95%	SIAN, DSM, SSP	1) Relazione 2) Report DSM	10	0	0

(*) obiettivo preazionario di cui alla DGR 9-11-823 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi, come indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Silvana Pitrolo

Silvana Pitrolo

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulian

Gianfranco Zulian

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Altan

Elide Altan

Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Agazzi

Roberto Agazzi

Il Direttore Generale
Dott.ssa Anabella Fontana

Anabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCV/SSVDIA AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.4, CON. 02/17/05

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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2019</p> <p>normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione Z 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVolgimento del comparto</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 ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'GVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
 Dott.ssa Silvana Pivolo

Silvana Pivolo



[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials: "R", "FA", "Jor", "Faller"]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati.		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: Dott. Maurizio Roceri				
CONTRATTI ASSICURATIVI						
Descriptione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diff./area	Peso Com. SAN Com. AT
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	3) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100	1.2) ≥ 90%	Strutture coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	1) Rendicontazione del PLP 2) Rendicontazione PAISA	*	50 60
CONTRATTI DI APPROPRIETA' E QUALITA'						
Descriptione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diff./area	Peso Com. SAN Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento del percorso/procedure definite nel cronoprogramma 2018 aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento del percorso/procedure definite nel cronoprogramma 2018 2) Implementazione della procedura aggiornata nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	1) Percorso/procedura 2) Report	30	10 20
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31/12/2019	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Report di audit	20	10 20



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso struttura	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Effettuare la valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 853/2004	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 31/12/2019 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Relazione 2) Report	30	20	///
Collaborare con la sud GOCSS, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	A) 31/01/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAM, SISP, LUVOS, Sorosal, SIAM B, SIAM C, SERT, ML, SIAM A	Schede revisionate e pubblicate	10	///	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri dei finiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	10	///

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

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

Il Direttore Generale
Dott. Ugo Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Sanitario
Dott. Rita Ajde Arban

Il Direttore Generale
Dott. Ugo Arabella Fontana

Il Direttore Generale
Dott. Ugo Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SEV/OP AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 11, CONN. 02/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attestato
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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione del turni, verificata a campione come da indicazioni dell'ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza Produttore specifica documentazione illustrativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal Incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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 contratto p.p.v.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.r.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Note, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dei: emergenti (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica relativa a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.r.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report e/o verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PD</p>	

Il Direttore di struttura
[Signature]
 Prof. Maurizio Rossi



[Signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli				
Obiettivi Complessivi dell'Area						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti correlati	Peso Com SAN	Peso Com AT
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA		1) ≥ 90% 2) ≥ 90%	Struttura coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	1) Rendicontazione del PLP 2) Rendicontazione PAISA	30	30
Strategico						
Obiettivi di Programmazione e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti correlati	Peso Com SAN	Peso Com AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento del percorso/procedura definita nel cronoprogramma 2018 2) Implementazione della procedura aggiornata nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	1) Percorso/procedura 2) Report	10	10
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore	Entro il 31/12/2019	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Report di audit	10	10
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 853/2004	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 31/12/2019 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Relazione 2) Report	10	10
Collaborare con la ssd GoCSS, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/01/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UYOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, IML, SIAV A	Schede revisionate e pubblicate	10	30

Adde H R. P.

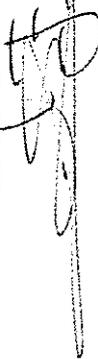


Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Promuovere la realizzazione di un piano locale di intervento a seguito di emergenze non epidemiche che prevede il coinvolgimento dei settori veterinari e della protezione civile	1) Mappatura degli Enti/Associazioni Locali coinvolte e dei siti di maggior rischio 2) N° di incontri definiti con gli Enti/Associazioni coinvolte	1) Entro 31/12/2019 2) Almeno un incontro	PNAPPV	1) Mappatura Strutture/Organizzazioni coinvolte 2) Verbale Incontro/i	15	10	10
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il diligente ai sensi del D. lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	25	20	///

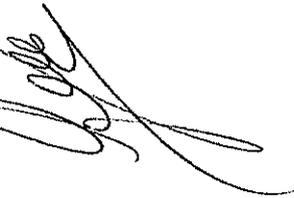
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.855 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Strutture esplicitate in caso di obiettivo trasversale e quelle che si occupa di coordinare la attività.

Il Direttore di struttura
 Dott. Franco Tinelli



Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Ajello



Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
 Dott.ssa Isabella Fontana




Parametro	Criterio	Indicators	Strumenti	Documento attuato
Capacità di conseguire efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi ai dirigenti responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adozione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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 o Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/pare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verball</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO 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 controllo p.p.v.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verball</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verball</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui casi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLI; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lg. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura dei partecipanti, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico o Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dell'informazione 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura

Dot. Franco Tardelli



[Handwritten signatures and initials]

Handwritten marks: a scribble and a checkmark.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche			100	100	100
DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zullian		Dirigente responsabile: Dott. Pierluigi Rattone					
Obiettivi (Componente di Azione)							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Partecipare per quanto di competenza all'attuazione: - del Piano Locale di Prevenzione (PLP), intensificando, migliorando e ridefinendo i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte; - nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...); - del PRISA/PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100	1,2) > 90%	Strutture coinvolte nel PLP e nel PRISA/PAISA	1) Rendicontazione del PLP 2) Rendicontazione PAISA	•	60	60
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento del percorso/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento del percorso/percorso definita nel cronoprogramma 2018 2) Implementazione della procedura aggiornata nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; sso GoC3S	1) Percorso/procedura 2) Report	30	10	20
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di un audit di sistema e di settore.	Entro il 31/12/2019	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Report di audit	20	10	20

Handwritten signatures and initials:
 - A large signature on the left.
 - A signature on the right.
 - Initials 'AA' in the center.

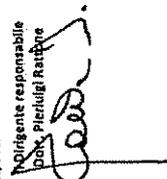


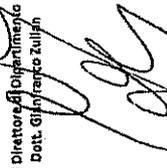
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso di competenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
<p>1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata</p> <p>2) Supervisione a posteriori</p>	<p>1) Mappature delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo</p> <p>2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs. 81/08 della struttura</p>	<p>1) Entro il 31/12/2019</p> <p>2) Due incontri</p>	<p>Tutte le strutture con attività a rischio biologico</p>	<p>1) Mappatura</p> <p>2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo</p>	10	20	///
<p>1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2019</p> <p>2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali</p>	<p>Al 31/03/2020 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2019 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività</p>	<p>Schede revisionate e pubblicate</p>	<p>Strutture di sicurezza alimentare D.P.</p>	<p>30</p>	///	///	///
<p>Effettuare la valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 853/2004</p>	<p>Collaborare con la asl GoC55, al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici</p>	<p>SIAN, SSP, UVOS, Spreasi, SIAV B, SIAV C, SERT, ML, SIAV A</p>	<p>Schede revisionate e pubblicate</p>	<p>10</p>	///	///	///

OBIETTIVI DI PERFORMANCE 2019

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR n.11.622 del 23.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Dr. Pierluigi Rattone


Il Dirigente responsabile
 Dott. Gianfranco Zulligh


Il Direttore Sanitario
 Dott. Filippo Azzi


Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Azzera


Il Direttore Generale
 Dott.ssa Erabella Fontana




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 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o Incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/pare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione, degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile
 Dott. Paolo Rattone

[Handwritten signature]



32

1 APR. 2019

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURAI: s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening		100	100	100
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini						
Obiettivo Esplicito e Quantificabile						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN Com. AT
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, le coperture inviti e coperture esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	1) N. azioni previste dal Piano aziendale/totale azioni previste*100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	UVOS	Report	*	100
Obiettivo Implicito e Qualitativo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	Censimento procedure del servizio ed invio al GoCSS	Entro il 31/12/2019	UVOS	Elenco procedure	60	///
Obiettivo Implicito e Quantificabile						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN Com. AT
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie	1) Definizione del regolamento della Commissione di vigilanza delle strutture socio-sanitarie e calendario dei sopralluoghi 2) N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	1) Entro il 30/06/2019 2) > 90%	Distretti, SIP, STP, DIPa (RSA e strutture private), UVOS (RSA), ACEP, MA (strutture private)	1) Regolamento, Calendario 2) Report	40	///

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

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivi trasversali è quella che si occupa di coordinare l'attività.

Il Dirigente responsabile
Dott. Piero Bestagini

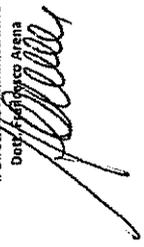
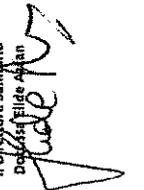
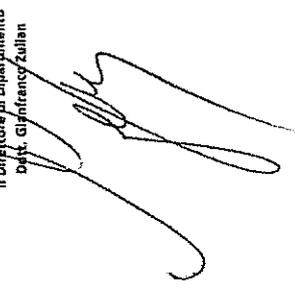
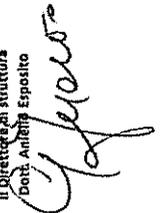
Il Direttore di struttura
Dott. Andrea Esposito

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zullian

Il Direttore Sanitario
Dott. S. Ude Alban

Il Direttore Amministrativo
Dott. F. V. Arca Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa in carico entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2019 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attualità e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/aree e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione e incontri semestrali con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti; per parte di competenza, dal Piano Aziendale 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute * 100 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) Partecipazione > 1. Incontro 3) Entro 31/12/2019 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa 5) 100% (controllo e campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presenza 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento) 4) Relazione e verballi 5) Relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20/totali operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura 5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totali iscritti * 100	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format 5) Relazione formazione
Capacità di garantire la comunicazione esterna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20/totali operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca credenziali 2) Aggiornamento dei dati base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)	1) Ripetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riaplogativo azioni PO	

Il Dirigente responsabile
Dott. Piero Bastagli
Piero Bastagli

form

Aggiu



STRUTTURA: S.C. Distretto Urbano Novara		DIRETTORE: Dott. Mario Esposito		100	100	100	100
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso	Peso	Peso
					difficoltà	Com. SAN	Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	Il valore del Budget consumato nel 2019 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20	5	20
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	1) N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese 2) Resa del conto-agende contabili case al SEF	1) Assenza di segnalazioni per errori ripetuti 2) Entro il 30/09/2019	Tutti gli ordinatori	1) Report SEF 2) Determina SEF	5	///	///
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliazione e della residenzialità (ex. normale FAR SIAD regionale; ECM/Mod attendere) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report annuale inviato alla Direzione Generale entro il 31/07/2020, con dettaglio delle specifiche attività (es. inserimenti residenziali, semi-residenzialità, attività domiciliare, ecc)	Distretti e SSD territoriali (ATAO, UOCP, AIP)	1) Report GCG; 2) Report Distretti	15	///	20
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private	N. sopralluoghi effettuati/totali dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti; SISP; STP; MA (strutture private) UVDOS (PSA) ACEP; ALCANT Dipar (PSA e strutture private)	Relazione	5	10	10
Garantire il costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi assegnati ai MMG, PLS e specialisti convenzionati	Report andamento raggiungimento obiettivi, per tipologia (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali)	Report semestrale	Distretti	Report	5	///	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialità ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialità ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6/21/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il puntaggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GOCSS	5	20	5
Promuovere l'implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29/11/2016 e s.m.i., anche tenuto conto del modello organizzativo definito nel Piano Locale Cronici	1) Relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CdS nel 2019 (cfr. allegato D di cui alla D.G. del 30/06/2017) 2) Indicatori di monitoraggio di processo ed altro delle attività delle Case della Salute, secondo indicazioni regionali	1) Relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'anno entro il 31/12/2019 2) Entro i tempi previsti dalla normativa regionale	Distretti	1) Relazione 2) Report	5	15	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialità ambulatoriale monitorate dal PNGLA	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6/21/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialità ambulatoriale (dato produzione) 2) Implementazione e monitoraggio sperimentazione del percorso MMG-IMP5-Distretti, attraverso la valutazione degli indicatori previsti dall'accordo	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 2) Report semestrale multiorario indicatori previsti nell'accordo, da inviare alla Direzione entro il 15/07/2019	1) Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali 2) Distretti (specialisti neurologici e geriatrici; UMVD), Neurologia ospedale Borromeo; Medicina Legale, MMG, IMPS (patronati)	1) Report SGG 2) Report	5	5	5

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

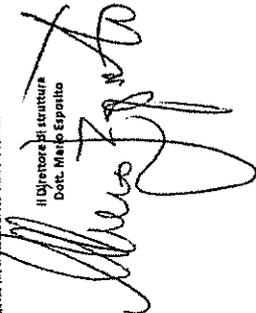


Descrizione	Indicatore	Target / Standard	Strutture coinvolte	Documenti / Attività	Peso di competenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Aggiornamento della "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2019	Direttrici; GOCSS; ISD ACEP; DMPO; s.c. Sistema Informativo e Controllo di gestione	Percorso/procedura	5	10	20
Reperibilità telefonica per i medici del servizio di Cure Palliative per setting domiciliare	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2019	Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione; Distretti	Studio di fattibilità	5	///	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	Il reclami per cui viene prodotta relazione di valutazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/totali dei reclami pervenuti*100	90%	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi involti ad utenti esterni	Report AISCAT	5	5	5
In riferimento al reclutamento e livello regionale dell'accordo governo e regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione completezza con ACU, IRCCS, MMG, del PDA relativi alla BPCO e Scambio Cardico sulla base del nuovo modello organizzativo	1, 2) Effettuati entro tempistica regionale 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDA entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GOCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPO	1, 2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDA	15	20	5
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) 2 incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura; 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	10	0
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tenuto conto dei RAO e di quanto definito nel PNGLA	1) Verifica periodica dei livelli di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate presso le strutture dell'ASK NO 2) Report di verifica condotto con i prescrittori	1) Verifica effettuata a campione su almeno due settimane indice 2) Almeno un report annuale inviato alle UCAO e alle DMPO	Distretti, s.c. GOCSS	1) Report di verifica 2) Report inviato	5	///	///

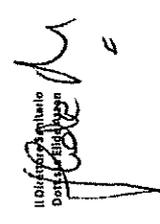
*1) obiettivo prestazionale di cui alla DPR 9-11.8.25 del 23.8.09, e di cui dal piano esecutivo agli obiettivi tripartiti mensili.

(**) Struttura ospedaliera, in caso di obbligo contrattuale e questa che si occupa di coordinare le attività.

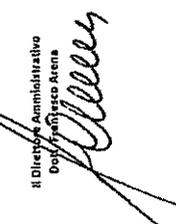
Il Direttore di struttura
Dot. Mario Esposito



Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dot. Isabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SERVIZIO AI SENSI DELL'ART. 27, LETTERA L.1, CCNL 03/11/03

Parametro	Critere	Indicatore	Standard	Documento di riferimento
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 a 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 2018</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro a riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute*100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di estrema produzione specifica documentata giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RPC)</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazioni e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota stesura l'assegnazione degli obiettivi al dirigente e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/svolgimento del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governance 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. alla s.s.d. GocSS</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GocSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GocSS con indicazione</p> <p>3) Verbali</p>
	<p>FORMAZIONI: Governo della diffusione dell'informazione sul corso di formazione e della partecipazione ai meeting</p>	<p>1) N. operatori che hanno ascoltato il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; *ALS)*h. operatori formati/totali convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgt 81/08)h. operatori formati/totali da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta e cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le lezioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totali iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 distribuzioni e revocche credituali</p> <p>2) Aggiornamento del targa base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riapologetivo azioni PO</p>

Amministratore

Dirigente

Il Direttore di struttura
Dott. Mario Esposito



STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord		100	100	100	100
DIRETTORE: Dott. Paolo Lo Giudice					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti ATIS/ATI	Peso
					Com. SAN
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti ATIS/ATI	Peso
					Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	5
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatore delle fatture e provvedere in base di liquidazione alla indicazione della tempestività di pagamento conforme alla norma	1) % segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese 2) %esa del conto-agende contabili casse al SEF	1) Assenza di segnalazioni per errori ripetuti 2) Entro il 30/04/2019	Tutti gli ordinatori	1) Report SEF 2) Determina SEF	5
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale SAN SUD regionale; ECOMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report annuale inviato alla Direzione Generale entro il 31/07/2020, con dettaglio delle specifiche attività (es. inserimenti residenzialità, semi-residenzialità, attività domiciliare, ecc)	Direttrici e SSD territoriali (ATAO, UOCP, AIP)	1) Report CdG 2) Report Distretti	15
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private	% sopralluoghi effettuati (totale dei sopralluoghi previsti) * 100	> 90%	Distretti, SISP, ML (strutture private) UVDS (RSA) ACEP-AILCAT Dipsa (RSA e strutture private)	Relazione	10
Garantire il costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi assegnati ai MMG, PLS e specialisti convenzionati	Report andamento raggiungimento obiettivi, per tipologia (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali)	Report semestrale	Distretti	Report	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGIA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GACS	5
Promuovere l'implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 28.11.2016 e s.m.i., anche tenuto conto del modello organizzativo definito nel Piano Locale Cronicità	1) Relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CCS nel 2019 (tr. allegato D di cui alla D.D. del 30/06/2017); 2) Indicatori di monitoraggio di processo ed esito delle attività delle Case della Salute, secondo indicazioni regionali	1) Relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'Inio entro il 31/12/2019 2) Entro i tempi previsti dalla normativa regionale	Distretti	1) Relazione 2) Report	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGIA	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione) 2) Implementazione e monitoraggio sperimentazione del percorso MMG-INPS-Distretti, attraverso la valutazione degli indicatori previsti dall'accordo	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 2) Report semestrale monitoraggio indicatori previsti nell'accordo, da inviare alla Direzione entro il 15/07/2019	1) Tutte le strutture ambulatoriali eroganti le prestazioni ambulatoriali 2) Distretti (specialisti neurologi e geriatri; UNAVD), Neurologia ospedale Bergamano; Medicina Legale MMG INPS/patronati	1) Report SIOG 2) Report	5

Handwritten signatures and initials:
 - Top right: *[Signature]*
 - Middle right: *[Signature]*
 - Bottom right: *[Signature]*



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Obiettivo Operativo 3.1.1.1				
			Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso Gem. SAN	Peso Gem. AT	
<p>Gestione e avvio del CUP regionale attuando il nuovo modello organizzativo</p> <p>Reperibilità telefonica per i medici del servizio di Cure Palliative per setting domiciliare</p> <p>Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami</p>	<p>Aggiornamento della "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"</p> <p>Studio di fattibilità</p> <p>N° reclami per cui viene prodotta relazione di valutazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/totali dei reclami pervenuti*100</p>	<p>Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019</p> <p>Entro il 31/12/2019</p> <p>90%</p>	<p>Distretti; sad GoCSS; sad ACEPT; DMPO; s.c. Sistema Informativo e Controllo di gestione</p> <p>Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione; Distretti</p> <p>Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni</p>	<p>Percorso/procedura</p> <p>Studio di fattibilità</p> <p>Report AUCAT</p>	5	10	20
<p>In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PNA)</p>	<p>1) Analisi organizzativa secondo il format regionale</p> <p>2) Definizione del modello organizzativo assistenziale</p> <p>3) Applicazione del modello definito</p> <p>4) Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MMG, del PDTA relativi alla BPCO e Scemenso Cardiscro sulla base del nuovo modello organizzativo</p>	<p>1,2) Effettuati entro tempistica regionale</p> <p>3) A seguito della definizione del modello</p> <p>4) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019</p>	<p>DIPa; Distretti; GoCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD</p>	<p>1,2) Analisi organizzativa</p> <p>3) Relazione attività</p> <p>4) PDTA</p>	15	20	5
<p>Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI</p>	<p>1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo</p> <p>2) N. di incidenti definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura</p>	<p>1) Entro il 31/12/2019</p> <p>2) 2 incidenti</p>	<p>Tutte le strutture con attività a rischio biologico</p>	<p>1) Mappatura;</p> <p>2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo</p>	5	10	0
<p>Promuovere l'appropriata prescrizione delle prestazioni di specialità ambulatoriale, tenuto conto dei PAO e di quanto definito nel PNGLA</p>	<p>1) Verifica periodica dei livelli di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate presso le strutture dell'ASL NO</p> <p>2) Report di verifica condiviso con i prestatori</p>	<p>1) Verifica effettuata a campione su almeno due settimane indice</p> <p>2) Almeno un report annuale inviato alle UCAB e alle DIMPO</p>	<p>Distretti, sad GoCSS</p>	<p>1) Report di verifica</p> <p>2) Report inviato</p>	5	10	10

*1) obiettivo prestazionale di cui all' art. 14, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 112 del 2008, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di Struttura
Dott. Paolo Giudice

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arzuffi

Il Direttore Generale
Dott. Lisa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SV/25/2019 AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CNL 03/12/05

Parametro	Chiave	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) Adozione 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 2018</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 medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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: Attenzione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2: 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbali incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti ai Dipartimenti)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (fideltà e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OSV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del responsabile con lettera controllata dal referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla E.s.d. GOCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GOCSS 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 ascoltato il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL5, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (O.Lgs 41/08); n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno 80%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla E.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 1 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>



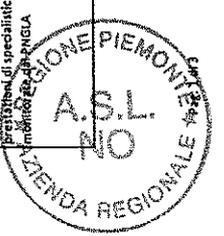
Il Direttore di struttura
Dott. Paolo Lo Giudice

Handwritten signature of Paolo Lo Giudice

Handwritten initials

STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud		100	100	100	100
DIRETTORE: Dott. Francesco Grazioli					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Comp. SAN, Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20 5 20
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatori delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempestività di pagamento conformemente alla norma	1) N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatori /mese 2) Resa del conto-agende contabili casse al SEF	1) Assenza di segnalazioni per errori ripetuti 2) Entro il 30/04/2019	Tutti gli ordinatori	1) Report SEF 2) Determina SEF	5 /// ///
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (ex portale FAR SIAID regionale, ECVIMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report annuale inviato alla Direzione Generale entro il 31/01/2020, con dettaglio delle specifiche attività (es. inserimenti residenzialità, semi-residenzialità, attività domiciliare, ecc)	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	1) Report CdG; 2) Report Distretti	15 /// 20
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private	N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SSP, STP, ML (strutture private) UVDQ (ASAI) ACEP, ALCAT Dipia (RSA e strutture private)	Relazione	10 10
Garantire il costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi assegnati ai MMG, PLS e specialisti convenzionati	Report andamento raggiungimento obiettivi, per tipologia (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali)	Report semestrale	Distretti	Report	5 /// 5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PMSIA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GocSS	5 20 5
Promuovere l'implementazione delle Case della Salute, ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 28.11.2016 e s.m.i., anche tenuto conto del modello organizzativo definito nel Piano locale Cronicità	1) Relazione di attività e costi sostenuti per l'invio 9/0 lo sviluppo delle CS nel 2019 (cir. allegato D di cui alla D.D. del 30/06/2017) 2) Indicatori di monitoraggio di processo ed esito delle attività delle Case della Salute, secondo indicazioni regionali	1) Relazione redatta secondo lo schema tipo regionale alla Direzione Generale per l'invio entro il 31/12/2019 2) Entro i tempi previsti dalla normativa regionale	Distretti	1) Relazione 2) Report	5 15 5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PMSIA	1) Indice di performance di erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 26-6421/2018 come previsto dall'obiettivo 3.2 - tempi di attesa specialistica ambulatoriale (dato produzione) 2) Implementazione e monitoraggio sperimentazione del percorso MMG-IMPS-Distretti, attraverso la valutazione degli indicatori previsti dall'accordo	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 2) Report semestrale monitoraggio indicatori previsti nell'accordo, da inviare alla Direzione Legale MMG (MPS/patronati)	1) Tutte le strutture aziendali eroganti le prestazioni ambulatoriali 2) Distretti (specialisti neurologi e geriatrici; UMVMD), Neurologia ospedale Borgomanero; Medicina Legale MMG (MPS/patronati)	1) Report SIGG 2) Report	5 5 5

[Handwritten signatures and initials]



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso difficoltà	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Gestione e avvio del CUP regionale attuando il nuovo modello organizzativo	Aggiornamento della "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"	Documento aggiornato, secondo il format standard, entro il 31/12/2019	Distretti; sd GoCSS; sd ACEP; DMPO; s.c. Sistema Informativo e Controllo di gestione	Parcorso/procedura	5	10	20
Reportistica telefonica per i medici del servizio di Cure Palliative per setting domiciliare	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2019	Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione; Distretti	Studio di fattibilità	5	///	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	Ni reclami per cui viene prodotta relazione di valutazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/tonale dei reclami pervenuti*100	90%	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	5	5	5
In riferimento al reclutamento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione condivisa con AOU, INCCS, MMS, del PDA relativi alla BPCO e Scompenso Cardiacco sulla base del nuovo modello organizzativo	1,2) Effettuati entro tempistiche regionali 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDA entro il 31/12/2019	DIPSA; OIureti; GoCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPB	1,2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDA	15	20	5
Promuovere l'aggiornamento del DVR, relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) 2 incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura; 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	10	0
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialità ambulatoriale, tenuto conto del RAO e di quanto definito nel PNCLA	1) Verifica periodica dei livelli di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate presso le strutture dell'ASL NO 2) Report di verifica condivisa con i prescrittori	1) Verifica effettuata a campione su almeno due settimane indice 2) Almeno un report annuale inviato alle UCAD e alla DMPO	Distretti, sd GoCSS	1) Report di verifica 2) Report inviato	5	///	///

(*) Obiettivo gestionale di cui alla DGR 9-11-075 del 27.6.09, escluso del peso assegnato agli obiettivi sovrapposti.

(**) Struttura espositiva in caso di obiettivo trasversale e quella che si occupa di coordinare la attività.

Il Direttore di struttura
Dott. Francesco Giarelli

Il Direttore Sanitario
Dott. Sergio Azzurro

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Aieta

Il Direttore Generale
Dott.ssa Anabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SEZ./SERVIZIO AI SENSI DELL'ART. 21, COMMA 1.1, CCNL 04/1/1/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documenti allegati
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 361 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predisposizioni di turnazioni di lavoro e ritorni nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2018 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettere di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2, 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verballi incontri - report presente</p> <p>3) Relazione (pub estere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (diligenza e compario)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI; NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo firma ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'ODV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GecSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/nota ai GecSS con indicazione</p> <p>3) Verballi</p>
	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione ai corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (P.L.S.; P.B.L.S.; A.L.S.); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (O.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazionale</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report entro verifica credenziali</p> <p>2) Report (teleggiativo azioni) PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Francesco Gratioli

Francesco Gratioli



STRUTTURA: s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare		100	100	100	100
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Aldo Crespi					
OBIETTIVI ESSENZIALI (KPI)					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolta	Documenti allegati	Peso Com SAN / Peso Com AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019 e governo della produzione	1) Budget assegnato per l'anno 2019 2) Produzione sanitaria consuntiva 2019, ambulatoriali	1) % valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019 2) % rispetto alla produzione dell'anno precedente	Coordinatori di spesa	1) 2) Report SICG	20 / 40
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	5 2018	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	20 / 5
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECWMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	1) Completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	1) Report CdG 2) Report Distretti	10 / 25
OBIETTIVI DI APPROPRIETA' E QUALITÀ					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolta	Documenti allegati	Peso Com SAN / Peso Com AT
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	25 / 5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Aggiornamento della procedura aziendale relativa alla gestione delle lesioni da prestazione	Documento aggiornato entro il 31/12/2019	SSD ATAD, DMPO, DIPsa	Procedura	5 / 10
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N reclami per cui viene prodotta relazione di valutazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/ totale dei reclami pervenuti *100	90%	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi (rivolti ad utenti esterni)	Report AUCAT	10 / 5

[Handwritten signatures and initials]

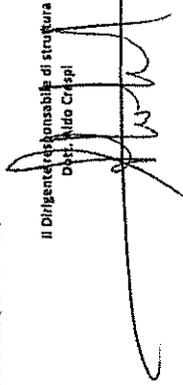


Obiettivi di Impostazione 2019						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso Com SAN / Com AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta del gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	5
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", collaborare per le parti di competenza nella definizione dei criteri di accesso alle Cure Palliative e redazione dei POTa domiciliare in merito alla gestione domiciliare soprattutto in merito alla gestione domiciliare	1) Definizioni dei criteri di accesso alla Cure Domiciliari dei pazienti cronici 2) Applicazione del modello organizzativo definito 3) Revisione dei POTa relativi alla BPCO e Scompenso Cardiaco in merito alla gestione domiciliare sulla base del nuovo modello organizzativo	1) Definizioni dei criteri entro il 30/09/2019 2) A seguito della definizione del modello 3) Revisione di almeno 1 POTa entro il 31/12/2019	DIPsa; Distretti; GOCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD, Cure Palliative; Cure Domiciliari	1) Criteri 2) Relazione fine anno 3) POTa	5	5
Uniformare le modalità organizzative delle cure domiciliari sull'intero territorio aziendale	1) Ampliamento orario di attività area nord 08:00-20:00 2) Cronoprogramma e fattibilità	1) 2) Al 31/12/2019	ATAD	1) Relazione 2) Cronoprogramma	5	25

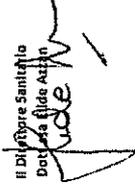
(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-03 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

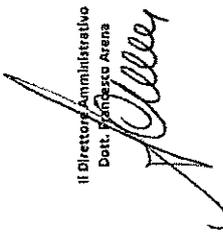
Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Guido Crepi



Il Direttore Sanitario
Dott. Guido Altini



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dott.ssa Giuseppina Fontana




R

[Handwritten signature]

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento articolo
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 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata e campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p> <p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite poste elettronica del referente con lettera controllata del responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbal</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>	<p>1) Report verifica crediti ECM</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti ECM</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>	<p>Il Dirigente responsabile di struttura</p> <p><i>[Handwritten signature]</i> Dir. Giulio Presti</p>



STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative		100	100	100	
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Gradoli					
Obiettivi Economici (altri)					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti artefatti	
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria complessiva 2019, prestazioni di ricovero e ambulatoriali	Par o superiore rispetto alla produzione dell'anno precedente	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero e specifiche strutture territoriali	Report SICG	Peso dirigenza 10 Peso Com_SAN 5 Peso Com_AT 10
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi/medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	5 2018	Report dipartenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	10 5 10
Appropriatezza prescrittiva di EBP (esaurire basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2019/costo DDD anno 2018	5 2018	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative, Geriatria	Report Flusso CO e DD	20 0 0
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; ECVMed aziendale) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale	(1) Completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA (2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	(1) Completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione (2) Report per la Direzione Generale, almeno per i ricoverati in strutture residenziali a servizi residenziali e per attività domiciliare	Direttrati e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIF)	1) Report CdG 2) Report Distretti	5 5 80
Obiettivi Operativi (altri)					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti artefatti	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento del percorso/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Redazione della procedura prevista dal cronoprogramma presentato nel 2018 (procedure smottestazioni UOCP c/o HOSPICE - Prot. Coordinamento distretto/Ospedale / Hospice - gestione urgenza collegamento emergenza urgenza / hospice)	Documento aggiornato entro il 31/12/2019	Cure palliative: SIMT	Procedura	Peso dirigenza 20 Peso Com_SAN 10 Peso Com_AT 0
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una relazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N reclami per cui viene prodotta relazione di validazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/totale dei reclami pervenuti*100	0,90	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	10 10 0

San
Gradoli
DR
GR



Regione di Inquadramento: Valle d'Aosta						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti associati	Peso urgenza	Peso Com_SAN
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo. 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 181/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri.	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	50
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", collaborare per la parte di competenza nella definizione dei criteri di accesso alle Cure Palliative e redazione del PDTA dell'end-stage soprattutto in merito alla gestione dell'end-stage organizzativo	1) Definizioni dei criteri di accesso alle Cure Palliative dei pazienti cronici; 2) Applicazione del modello organizzativo definito dalla BPCO e revisione del PDTA relativi alla BPCO e al Compensio Cardiacco in merito alla gestione dell'end-stage sulla base del nuovo modello organizzativo	1) Definizioni dei criteri entro il 30/09/2019 2) A seguito della definizione del modello 3) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPs; Distretti; GeCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD, Cure Palliative; Cure Domiciliari	1) Criteri 2) Relazione fine anno 3) PDTA	*	10
Percorso di integrazione con il servizio di Oncologia del PO Borgomanero per l'avvio di un ambulatorio delle Simultaneous Care	Attivazione ambulatorio	Entro il 31/12/2019	Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione, sc Oncologia	Studio di fattibilità	10	5
Reperibilità telefonica per i medici del servizio di Cure Palliative per setting domiciliare	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2019	Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione; Distretti	Studio di fattibilità	10	0

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGS 9-11.623 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.
 (***) strutture ospedali: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente Sanitario
 Dott.ssa Sandra Gmazoli
Sandra Gmazoli

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena
Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Anabella Fontana
Anabella Fontana



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento di base
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 e al dirigente di struttura semplice per l'anno 2018</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 assegnazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispozione di turnazioni di lavoro e spostamenti 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 il prossimo ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 (inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019)</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente nella programmazione del lavoro verificata e compilata come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni riservate * 100</p> <p>5) Scadenza rispettata/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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 ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/Nota ai GoC55 con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM prescritti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (R.L.S.D.; P.B.L.S.; "ALST")</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le ragioni apprese, utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP a formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo del sistema informatico e aggiornamento dati mensili a disposizione dell'Azienda per la comunicazione	<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report estro verifica credenziali</p> <p>2) Report triepilleggiato azioni PO</p>	<p>1) Report estro verifica credenziali</p> <p>2) Report triepilleggiato azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott.ssa Sandra Grazioli
Sandra Grazioli

[Signature]



STRUTTURA: s.s.d. Sanità Penitenziaria		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Gianni Valzer		100	100	0
Obiettivo di performance						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti attestati	Peso Com SAN	Peso Com AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20	///
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni) della ricezione da parte del centro ordinatore delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	10	///
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture socio sanitarie	1) partecipazione alla Commissione di vigilanza delle strutture socio-sanitarie e calendario dei sopralluoghi (Fino al passaggio di consegne) 2) N. sopralluoghi effettuati/totali dei sopralluoghi previsti * 100	1) Entro il 30/06/2019 2) > 90%	Distretti, SISP, STP, DIPAA (RSA e strutture private), UVOS (RSA), ACEP, ML (strutture private)	1) Regolamento, Calendario 2) Report	///	///
Obiettivo di produttività e qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com SAN	Peso Com AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della OD della Regione Piemonte n. 725/2017	Aggiornamento/definizione delle istruzioni operative per: - esecuzione ECG in urgenza; - richiesta farmaci/materialie sanitario; - sterilizzazione strumentazione/ferri in uso agli specialisti	Documenti aggiornati, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCSS	Istruzioni operative	20	///
Mantenere costantemente aggiornata la Carta dei servizi "Tutela della salute in carcere"	Carta dei Servizi - edizione 2019	Revisione documento entro settembre 2019	ssd Sanità Penitenziaria e GdL G.d.L. Interaziendale per la Tutela della Salute in Carcere; Direttore Casa Circondariale e Direttore UEPPE	Carta dei Servizi	30	///
Obiettivo di innovazione e sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com SAN	Peso Com AT
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi dell'81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	20	///

(*) Obiettivo prestabilito di cui alla DGR 9-11.625 del 23.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Gianni Valzer



Il Direttore Sanitario
Dott. Enrico Asta



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dott. Arabela Fontana




R *F*

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attestato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alte specializzazioni 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alte specializzazioni, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019 2) Assistenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile 2) Report verifica programmazione orari
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Reggimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendale	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100 5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) Partecipazione > 1 incontro 3) Entro 31/12/2019 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento) 4) Relazione e verbali 5) Relazione
	OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla A.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali 2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi 3) Verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura dei partecipanti, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura 5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla A.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format 5) Relazione formazione
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile della struttura
 Dott. Gianni Valter
Gianni Valter



STRUTTURA: s.s.d. Redazione gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati		100	0	100			
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Paolo Garavana							
OBIETTIVI (CANTITÀ)							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Monitorare e verificare i progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018 punto 4 del Deliberato	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS; liquidazione delle fatture in funzione della verifica alla rendicontazione	Annuale	ssd A.C.E.P., ssd GocCS	Report	10	///	5
Assicurare la gestione tempestiva delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della templatistica di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	10	///	10
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 dalle specifiche deliberazioni regionali e monitorarne l'attuazione	1) Contratti con le strutture pubbliche e private accreditate e l'IRCCS di Veruno per l'anno 2019; 2) Gestione liquidazioni; 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 templatistiche definite dalla Regione 2) Garantire l'applicazione contrattuale 3) Prima della liquidazione	ssd A.C.E.P.	1) Contratti 2) Report di liquidazione 3) Report	10	///	20
Supportare la commissione di vigilanza delle strutture sanitarie private in adempimento alla Delibera DG 59/2018	1) Piano dei Controlli 2019 2) Verbali delle sedute 3) Verifica dei contratti del personale medico e del comparto sanitario 4) Relazione consuntiva	1) Piano condiviso con Presidente della Commissione (ML) e approvato da Tavolo direttori di distretto entro 30/04/2019 2) Verbali di tutti i sopralluoghi eseguiti 3) Verifica documentata nei verbali 4) Entro febbraio 2020	Distretti, Medicina Legale; ACEP; STP; SISP, DIPis, AILCAT	1) Piano 2) Verbali 3) Verbale 4) Relazione	•	///	10



Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALCAT	10	///	5	
Procedura di verifica sui deonti prodotti dalle strutture sanitarie private relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche tenuto conto della dematerializzata	Report periodico	Report trimestrale	ssd A.C.E.P.	Report sintetico attività di verifica	10	///	20	
Attuazione DGR 28-3944 del 19/09/2016 - Attività di verifica su strutture Psichiatriche propedeutica al rilascio del titolo Autorizzativo e di Accreditemento	Effettuazione delle verifiche secondo le indicazioni regionali e formulazione del relativo parere	Secondo indicazioni regionali	DPREV, DSM, ssdACEP, Distretti, sc TP	Schema riepilogativo sopralluoghi e verbali	10	///	5	

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Gestione e avvio del CUP regionale attuando il nuovo modello organizzativo	1) Aggiornamento della "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"; 2) Effettuare la riorganizzazione delle risorse umane dedicate alla nuove attività, delineando e, successivamente, applicando le modalità organizzative	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Modalità organizzative definite entro il 31/05/2019 e applicate dal 01/06/2019	Distretti; ssd GoCSS; ssd ACEP; DMPO; sc. Sistema Informativo e Controllo di gestione	1) Percorso/procedura 2) Modalità organizzative	20	///	5	
Dare attuazione alle nuove regole in materia di mobilità internazionale con specifico riferimento alla gestione della fatturazione attiva e passiva in considerazione della prossima attivazione della piattaforma E.E.S.I.	1) Riunioni con referenti distrettuali 2) Relazione annuale	1) 2 Z riunioni anno 2) Entro 31/12/2019	ssd A.C.E.P., Distretti	1) Verbali riunioni 2) Relazione annuale	20	///	20	

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

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

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Paolo Garavito

Il Direttore Sanitario
Dott. G. M. Arzuffi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott. Sara Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCSSVDip 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 2018</p> <p>2) Pradisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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 partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con APC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1. incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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 in ppy</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutati e scostamenti, definite azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OCIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla S.s.d. GoCSS per inserirle il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS 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 * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla S.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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) Ripetuto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott. Paolo Garavani

REGIONE PIEMONTE
 A.S.L. NO
 AZIENDA REGIONALE

[Handwritten signatures and initials]

STRUTTURA: s.s.d. Servizio assistenza protesica e integrativa						
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Lorenzo Brusa						
Obiettivi Economici e Quantitativi						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	25	100 / 30
Corretta implementazione dei flussi regionali e aziendali di competenza	1) completa e corretta rendicontazione dei dati di dettaglio per PIA 2) Report di monitoraggio delle attività territoriali	1) completa e corretta in base a verifiche del Controllo di gestione 2) Report per la Direzione Generale, almeno per inserimenti in strutture residenziali e semi-residenziali e per attività domiciliare	Distretti e SSD territoriali (ATAD, UOCP, AIP)	1) Report CdG 2) Report Distretti	25	20
Assicurare la gestione tempestiva (entro 15 giorni) dalla ricezione da parte del centro ordinatore) delle fatture e provvedere in fase di liquidazione alla indicazione della tempestività di pagamento conforme alla norma	N. segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Assenza di segnalazioni per errori ripetuti	Tutti gli ordinatori	Report SEF	10	20
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigenza	Peso comparto SAN / Peso comparto AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale temporaneo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	10



Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso comparto SAN	Peso comparto AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, tenuto conto sia dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 sia del Piano di Lavoro annuale condiviso con Enti gestori al Tavolo Interistituzionale/interdistrettuale	Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	1) Progettazione del nuovo modello organizzativo con la definizione dell'incarico del responsabile dell'isd. AIP, inviato alla Direzione 2) Avvio modello, previa validazione 3) Verifica dell'incarico	1) Entro 30/06/2019 2) Dal mese di luglio 2019 3) Entro il 30/09/2019	FT, RRF	1) Progetto 2) Relazione attività 3) Relazione	20	50	10
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MMG, dei PDTA relativi alla BECO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	1,2) Effettuati entro tempistica regionale 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPs; Distretti; GoCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	1,2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDTA	10	10	///	

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

(**) Strutture ospedaliere in caso di obiettivi trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Lorenzo Brusca
Lorenzo Brusca

Il Direttore Sanitario
Dott. Felice Azzi
Felice Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena
Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana
Arabella Fontana



Handwritten mark

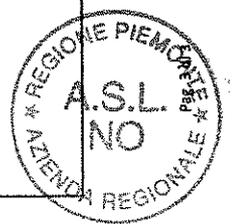
Handwritten signature

Handwritten signature
 Dott. Lorenzo Brusca

Handwritten signature

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attuato
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, 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 2018</p> <p>2) Predispensione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assistenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulle programmazioni dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1. Incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione/segnalazioni RUP)</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verballi</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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 firma p.v.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV (tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget)</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verballi</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</p>
	<p>OPERAZIONI: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 data base attendiale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI; NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>



STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero						100	100	100
DIRETTORE F.F.: Dott.ssa Elisabetta Alliate								
OBIETTIVI ECONOMICI E DI ATTIVITÀ								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	S valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20	10	20	
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2018	DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	10	5	10	
Stesura, per quanto di competenza del Piano Acquisizioni 2019-2021 e predisposizione capitolati di gara con Settore Ingegneria Clinica	1) Elenco Acquisizioni 2019, Piano Acquisizione 2019-2021 2) Gare RIA; mammografi; RIS PACS	1) Entro tempistica PAC 2) Entro 31/12/2019	DMPO, SICG, STP, SEF	Delibera Piano Acquisizione Capitolati	10	10	10	
OBIETTIVI DI RESPONSABILITÀ CLINICA								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	1) Aggiornamento delle istruzioni operative per la corretta gestione del paziente deceduto per morbo di Creutzfeldt-Jacob, con particolare riguardo alle situazioni di rischio infettivo 2) Regolamento Sale Operatorie 3) Aggiornamento PEIMAF 4) Sistema Gestione Sicurezza Antincendio 5) PDTA, SCC e BPCC, attraverso la partecipazione al nucleo del PLC	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 2) Regolamento 3) Procedura aggiornata entro 31/12/2019, condivisa con IIR e CRI 4) Aggiornamento documento entro 30/06/2019 5) Revisione entro 31/12/2019	1) ML, Anatomia Patologica, SISP, DIMPO 2) Dipartimento Chirurgico, sud GOCS, DMPO, RIA 3) Tutte le strutture ospedaliere 4) DMPO; STP, SPP 5) Cabina di Regia PLC	1) Percorso/procedura Acquisizione 2) Regolamento 3) Procedura 4) Documento 5) PDTA	15	20	30	
Revisione delle procedure condivise con la Procura della Repubblica ed in particolare: segnalazione referto all'autorità giudiziaria di reato e organizzare un incontro di confronto sulle tematiche con le strutture ospedaliere	1) Disposizione per la segnalazione di notizia di reato 2) Programma di Incontro con Procura e strutture ospedaliere	Entro il 31/12/2019	1) ML - SPRESAL - DMPO - GOCS 2) DMPO - GOCS	1) Procedure 2) Programma	15	5	10	

Miss

[Signature]

[Signature]



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diffeenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	1) Aggiornamento procedura Consenso Informato e DAT 2) Redazione e realizzazione programma (CA 2019) 3) Aggiornamento procedura relative alla raccomandazione 9	1) 2) 3) Entro 31/12/2019	1) DNMPD, AILCAT, MI 2) Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, strutture territoriali di pertinenza 3) STP - SIC - DNMPD, Consulente AO Parma	1) Procedura 2) Programma ICA 2019 3) Procedure	•	20	10
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura della attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) % di incontri definiti del gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi dell'81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	15	10
Supervisionare e collaborare, per quanto di competenza, alla realizzazione dei progetti dei Dipartimenti/Distretti, con particolare riguardo a: 1) ERAS 2) PBIMA 3) Progetto NIV 4) Stroke unit	Report di monitoraggio dell'andamento dei progetti	Report semestrali	DIPSA; DM; Dip; Distretti	Report	10	15	10
Implementazione software CUP unico Regionale	Secondo tempistica Regionale	1) Rispetto della programmazione 2) Regolamento	DNMPD, SICG, GOCSS, DISTRETTI	Nota di avvio	10	///	10

(*) obiettivo predefinito di cui alla OGR 9-11.025 del 12.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore FF di struttura
Dot.ssa Elisabetta Allasia

Il Direttore e Sanitario
Dot. Riccardo Argente

Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Argente

Il Direttore Generale
Dot.ssa Arabella Fontana



AR

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCIVAS/OPV AI SEDEI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 02/11/05

Parametro	Chiario	Indicatore	Standard	Documento di riferimento
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 strutture semplici, 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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenza da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 2 incontri</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza, produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione a verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPD); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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) Rapporto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno Trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifiche credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

AR

AR

AR

AR

AR

AR



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE					100
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato					
OBIETTIVI ESCLUSIVI DI ATTIVITÀ					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso differenziale
Incrementare l'attività di donazione di organi	1) Donazioni di cornee 2) N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encetali nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.	1) >2018 2) < 33%	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; s.s. MCAU; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia	1.2) Report	20
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e intrazentrali 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 Intersette - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2019	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Relazione	20
OBIETTIVI APPROPRIATI QUALITÀ					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso differenziale
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa : - delle prestazioni ambulatoriali; - del ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (limitati di dipartimento); 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di permanenza, di cui all'obiettivo 5.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione); 3) Tempi di attesa ricoveri; 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 5.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SICG	30
OBIETTIVI UNIONI CON LE STRUTTURE					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso differenziale
Supervisionare e collaborare, per quanto di competenza, alla realizzazione dei progetti dei Dipartimenti/Distretti, con particolare riguardo a: 1) PRIMA 2) Progetto organizzativo (NIV-STROKE UNIT)	Monitoraggio dell'andamento dei progetti entro i tempi previsti.	Report semestrale	DIPs; DM; Dip. Distretti	Report	30

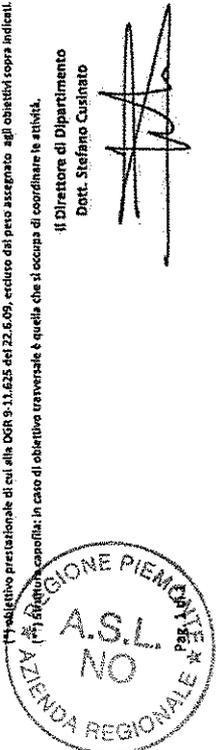
Il seguente prestazionale di cui alla DGR n. 11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato, agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Sanitario
Dott. Ettore Adamo

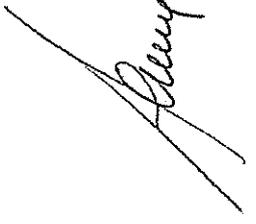
Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott. Maria Teresa Fontana

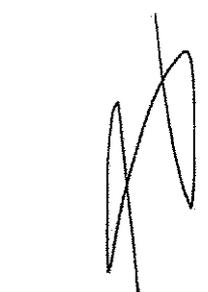


DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE: Dott. Gianluca Airolodi				
DESCRIZIONE ATTIVITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso differenza	Peso Com SAN Com AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della deflazione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria complessiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	2	///
Sensibilizzare all'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	≥ 2018	s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	10	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DT s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GeCSS	2	///
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2019/costo DDD anno 2018	≤ 2018	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Report Flusso CO e DD	15	///
Appropriatezza prescrittiva di medicinali immunosoppressivi (L04AB anti-trf, L04AC inibitori interfeuchina, L04AA immunosoppressivi ad azione selettiva) migliore selezione del farmaco e recupero di economie.	Percentuale di prescrizione di L04AC inibitori interfeuchina, L04AA immunosoppressivi ad azione selettiva/ totale di prescrizioni di medicinali del gruppo L04A	≤ 10%	Medicina	Flusso CO e DD	15	///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PINGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DSR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GeCSS	2	///











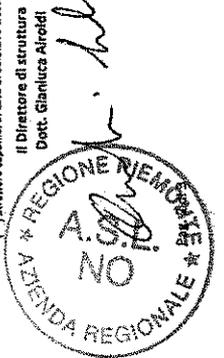


OBIETTIVI PRELIMINARI 2019						Peso Com. SAN	Peso dirigenza	Documenti attesi	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UCR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza</p>	<p>1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano predisposto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N. ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17/ totale ricoveri* 100</p>	<p>Target (Standard) 1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥70% (rilevazione a campione)</p>	<p>1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC</p>	<p>1) Relazione DMPO 2) Report FO</p>	8	15	///			
<p>Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR</p>	<p>N. scheda Observation and response chart - OCR compilata/ totale dei pazienti ricoverati * 100</p>	<p>≥ 90%* * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice</p>	<p>Tutte le strutture ospedaliere con degenza</p>	<p>a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Rubricazione finale audit</p>	10	15	///			
<p>Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami</p>	<p>N. reclami gestiti/ totale dei reclami pervenuti* 100</p>	<p>Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami</p>	<p>Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni</p>	<p>Report AILCAT</p>	20	20	///			
<p>In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronisti", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)</p>	<p>Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MIMG, del PDTA relativi alla BPCO sulla base del nuovo modello organizzativo</p>	<p>Revisione del PDTA entro il 31/12/2019</p>	<p>DIPSA; Distretti; SoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD</p>	<p>PDTA</p>	10	10	///			

OBIETTIVI PRELIMINARI 2019						Peso Com. SAN	Peso dirigenza	Documenti attesi	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
<p>Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI</p>	<p>1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura</p>	<p>Target (Standard) 1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri</p>	<p>Tutte le strutture con attività a rischio biologico</p>	<p>1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo</p>	6	///	///			
<p>Definire un modello organizzativo per intensità di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombolisi)</p>	<p>Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)</p>	<p>Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019</p>	<p>Mecau; Rianimazione; Cardiologia; Medicina Interna; Neurologia, DIPSA, con confronto con la Radiologia</p>	<p>progetto</p>	6	4	///			

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 5-11.625 del 12.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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



Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elisabetta Aschero

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILI DI SC/SSVD/ASL AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCN. 09/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/jgare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2, 3 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza, produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convoimento del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella 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.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'DIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>4) Mail/note al GoCSS con indicazione</p> <p>5) Verbal</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione</p> <p>3) Verbal</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 dal ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, inviò relazione al Direttore della struttura e alla s.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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 dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riaplogativo azioni PO</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riaplogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Gianluca Alroidi



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE: Dott. Claudio Didirio				
Obiettivi Economici di Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consumativa 2019	≥2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	20	///
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2018	s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	10	///
Governare il consumo dei dispositivi medici	Consumo di dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	10	///
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	10	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami.	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi fuori ad utenti esterni	Report AILCAT	10	///



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso Corr. SAN	Peso Corr. AI
Avviare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS, e dei processi organizzativi correlati ai PS, al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti	Tempo medio di permanenza in PS (esclusi i giorni cadavere)	S 2018 o comunque inferiore allo standard regionale	s.c. MeCAU	Report SICG	10	30	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Aggiornamento di almeno una procedura/percorso	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; s.s.d. GoCSS	percorso/procedura	///	///	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	30	///
Definire un modello organizzativo per intensità di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombolisi)	Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)	Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019	Mecau; Rianimazione; Cardiologia; Medicina interna; Neurologia, DiPSA, con confronto con la Radiologia	progetto	20	///	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.622 del 22.6.09, escluso dal peto assegnato - agli obiettivi sopra indicati.

(**) Strutture ospedaliere, in caso di altro responsabile è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura
Dott. Claudio Vidolo

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Sanitario
Dott. Carlo Alban

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Giamberini

Il Direttore Generale
Dott.ssa Tiziana Fontana



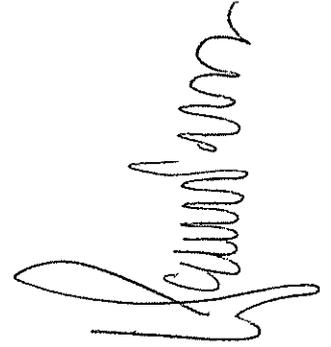
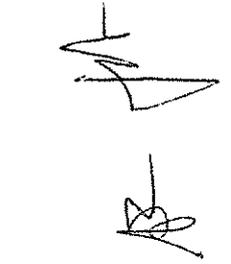
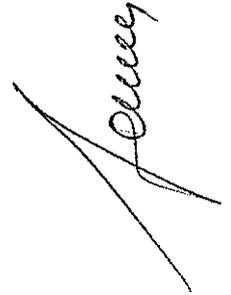
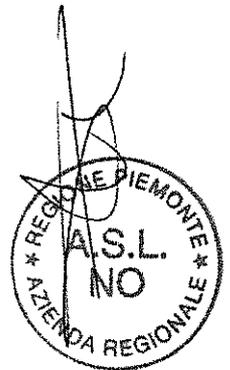
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVD/DIR AI SENSI DELL'ART. 37, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 2018</p> <p>2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assestata di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione orari</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/voce convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare accostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con la lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favore la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; ALS*); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100</p> <p>4) 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>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totali iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report: riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
 Dott. Claudio Di Iorio



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia			100	100	0
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE: Dott. Umberto Parravicini					
Obiettivi Economici e di Attività							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso d'importanza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali) e PS non seguito da ricovero)	≥2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	5	///
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2018	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	5	5	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	≤ 2018	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS			
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PRGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	≤ 2018	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Report Flusso CO e DD	15	10	///
	Entrata standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO			Report GoCSS	15	15	///
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso d'importanza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri" 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPOC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	10	5	///

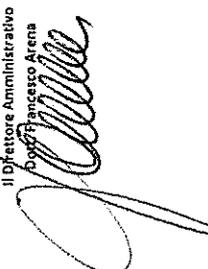
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diffeerenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	2-30% * * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	10	10	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo cent; - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	10	///
In riferimento al ricambio a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MIMG, dei PDTA relativi allo Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	Revisione PDTA per lo Scompenso Cardiaco Cronico entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPP	PDTA	*	20	///
Promuovere un uso appropriato di antibiotici in pazienti con polmoniti nelle terapie intensive	Re-Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati; pazienti con tumore testa collo sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	a) Entro il 30/06/2019 b) Raccolta ultimata entro il 31/07/2019 c) Entro il 15/09/2019 d) Dal 1/10/2019	Cardiologia, Rianimazione	Scheda utilizzo antibiotici in CRRT	15	10	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	5	///
Definire un modello organizzativo per intensità di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombolisi)	Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)	Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019	Mecsu; Rianimazione; Cardiologia; Medicina Interna; Neurologia, DIPSA, con confronto con la Radiologia	Progetto	5	5	///

Obiettivo Operativo 1.5 Sviluppo Target (Standard)

Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Azzurro

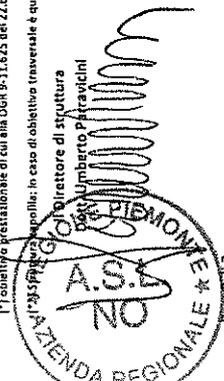


Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arcana



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana





Stampa: Azienda Regionale Piemonte NO, Direttore di struttura, Dott. Stefano Cusinato

(*) Solentivo prestazione di cui alla DGR 31-1.625 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 03/13/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento esteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umana	<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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione orari</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</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'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08); n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08); n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale della attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>



Il Direttore di struttura
 Dott. Umberto Parravicini

[Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia		DIRETTORE: Dott.ssa Laura Godi		100		100		0	
CANTIERI REGIONALI											
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti allegati	Peso di rilevanza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT				
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria complessiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	> 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SIGS	5	5	///				
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	> 2018	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	5	5	///				
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	< 2018	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	5	10	///				
Adeguata prescrizione di EBP (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2019/costo DDD anno 2018	< 2018	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Report Flusso CO e DD	5	0	///				
Corretta identificazione del paziente nelle lettere di dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale	N lettere con corretti identificazione/totale lettere	≥ 80% (rilevazione a campione)	Neurologia	Report farmacia	10	5	///				
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA, anche attraverso il coordinamento del CDCO	1) indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 6421/2018 (dato produzione); 2) n incontri annuali CDCO	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: Il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni; L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Crucebot ASL NO 2) almeno 3/anno	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	1) Report GoCSS 2) verbali incontri	5	5	///				

[Handwritten signatures and initials]



[Handwritten initials]

OBIETTIVI STRATEGICI						PESO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso di rilevanza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UCR ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPPC	1) Relazione DMFO 2) Report FO	15	15	///	
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totale dei pazienti ricoverati * 100	≥90%* * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	•	10	///	
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione della area di critica anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della gressa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	15	10	///	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della GD della Regione Piemonte n. 725/2017	Gestione (partenzione arteriosa nell'ictus acuto	Documento aggiornato entro il 31/12/2019	Neurologia, MECAU	Procedura	15	15	///	

OBIETTIVI DI POPOLAZIONE E SVILUPPO						PESO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso di rilevanza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condizione dei protocolli per l'ultizio appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	15	///	
Definire un modello organizzativo per intensità di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombetti)	Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)	Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019	Medica; Rianimazione; Cardiologia; Medicina Interna; Neurologia, DIPSA, con confronto con la Radiologia, NEFRO	Progetto	10	5	///	

(*) Valutativo prestazionale di cui alla OCR n. 11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli indicatori sopra indicati.

(**) Struttura capofila, invece, di obiettivi trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura
Dott. Laura Gotti

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Sanitario
Dott. Enrico Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott. Rossella Fontana



Handwritten signatures of the various directors mentioned in the text blocks.

[Handwritten signature]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVD/PAI SENSI DELL'ART. 27, comma 3.1, CCNL 04/13/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento/Atto
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Predispersione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018 2) Predispersione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100 5) Scadenze rispettate/totali scadente da rispettare * 100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) Partecipazione > 1 incontro 3) Entro 31/12/2019 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presente 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento) 4) Relazione e verballi 5) Relazione
	OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (diligenza e comparto)	1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla diligenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/colloquio del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'QIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata del responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla diligenza e verballi 2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi 3) Verballi
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sul corso di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; FRLS; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura 5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totali Licetti * 100	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format 5) Relazione formazione
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la consultazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali 2) Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riapertivo azioni PO

[Handwritten signature]
Il Direttore di Struttura
Roberto Maria Godi



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Pesi		
				difficoltà	Com. SAN	Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	5	5	5
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	>2018	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	5	5	5
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	5	5	5
Promuovere un uso appropriato di farmaci, in particolare immunosoppressori in pazienti con trapianto renale residenti nell'asi, in ricovero ospedaliero ed in dimissione	Percentuale di pazienti ai quali è prescritto il medicinale immunosoppressore generico	≥ 80%	Nefrologia	20	20	20
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNECA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Crusco ASI NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	5	5	5
Attuare le parti di competenza il Programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) In ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /attuale ricoveri* 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	5	5	5
Dare attuazione all'applicazione Piano per "Emergenza Ospedaliera" Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze "Intraospedaliere", attraverso l'implementazione dell'attività Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90%* • la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	5	10	5

[Handwritten signatures and initials]



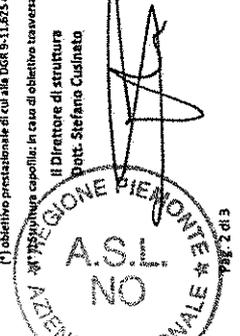
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Comp. SAN	Peso Com. AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione della area di critica anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della praza in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	5	5	5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento di sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Redazione procedura confezionamento fistola arterio venosa e protesica	Documento predisposto, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Nefrologia*, Anestesia e Rianimazione	Procedura	10	5	10
Promuovere l'appropriatezza della terapia antibiotica nei pazienti dializzati	Audit clinico "utilizzo e gestione della terapia antibiotica nelle infusioni del CVC a permanenza nei pazienti emodializzati", strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	audit concluso entro il 31/12/2019	SC. Nefrologia	Scheda utilizzo antibiotici in CRRT	5	5	5
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro e cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	2) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	15	10	10
Definire un modello organizzativo per inerenti di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombolisi)	Progetto condiviso tra le strutture interessate che applichi: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)	Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019	Meccanismo; Rianimazione; Cardiologia; Medicina Interna; Neurologia, DIPSA, con confronto con la Radiologia	progetto	15	5	10
Promuovere stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc) in ambito scolastico in collaborazione con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione del Programma del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica)	Secondo step del progetto "Il futuro in salute" nelle scuole del territorio	Secondo step del progetto nell'anno scolastico 2017/18 in tutte le scuole aderenti e inserimento delle azioni di promozione della salute nella banca dati ProSa	Nefrologia, Pediatria, SIAN	Reindicazione dell'attività	15	15	10

Obiettivi (di Performance e Sviluppo)

Il Direttore Sanitario
Dott. Enrico Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott. Annabella Fontana



(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.675 del 22.6.07, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/OP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 08/11/95

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento stesso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione della risorsa finanziaria ed umana	<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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione orari</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza procedure specifiche documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalle data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare accontentamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'ODV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione</p> <p>3) Verbal</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) 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>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
 Dott. Stefano Gualdo



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE: Dott. Davide Colombo				
OBIETTIVI ECONOMICI E ORGANIZZATIVI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso d'importanza	Peso Com. SAN Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	15	5 ///
Incrementare l'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	> 2018	s.c. Cardiologia; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	•	15 ///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoC55	10	5 ///
Appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2019/costo DDD anno 2018	≤ 2018	Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	Report Flusso CO e DD	15	15 ///
OBIETTIVI ASSISTENZIALI E QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso d'importanza	Peso Com. SAN Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'USR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	5	/// ///
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraspedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indicizzate	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Simetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	5	10 ///

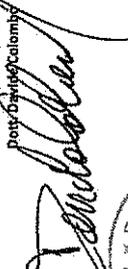


Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/ totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale temporaneo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	5	10	///
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/ totale delle fratture da operare * 100 2) N° fratture di tibia e perone operate entro 5 gg/ totale delle fratture da operare * 100	1) >70% 2) Valore 2019 > 2018	sc. Anestesia e Rianimazione; sc Ortopedia e Traumatologia	Report GoCCS	5	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedura aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi delle DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione dei protocolli di terapia antalgica	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Anestesia e rianimazione*, terapia antalgica	1) Conoscenza 2) Percorso/procedura	5	10	///
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'Accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronica*", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUN)	Revisione condivisa con AOU, IRCCS, MMG, del PDTA relativi alla BRCC sulla base del nuovo modello organizzativo	Revisione del PDTA entro il 31/12/2019	DIPSA, Distretti; GoCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DIPD	PDTA	5	///	///
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso d'importanza	Peso Com SAN	Peso Com. AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2018; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	15	20	///
Definire un modello organizzativo per intensità di cura di gestione dei pazienti che per caratteristiche cliniche necessitano di assistenza altamente specializzata e/o sub intensiva (NIV e/o Trombolisi)	Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti per setting di cura - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorsi)	Validato dal Direttore del DEA e presentato alla DMPO Entro il 30/09/2019	Meccu; Rianimazione; Cardiologia; Medicina Interna; Neurologia, DIPSA, con confronto con la Radiologia	progetto	15	10	///

(*) obiettivo prioritario di cui all' art. 9-1.1.6.25 del 22.6.09, escluso del peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Strutture capofila: in caso di obiettivi trasversali è quella che si occupa di coordinare le attività.

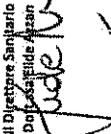
Il Direttore di struttura
Dott. Davide Colombo



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Arzan



Il Direttore Generale
Dott.ssa Cabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/DVA 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, a 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; 7b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispensione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 25/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100% nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/Assegnazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (diligenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigente e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento 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 controllo ppy</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.a.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL3; *ALS*); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 80%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SIP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Davide Gobmo




DIPARTIMENTO CHIRURGICO					100
Obiettivo Strategico e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza
Incrementare l'attività di donazione di organi	1) Donazioni di cornee 2) N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.	1) > 2018 2) < 33%	SC ANESTESIA, DIMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; SS MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	1,2) Report	20
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	20
Obiettivo di Performance e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa: - delle prestazioni ambulatoriali - dei ricoveri, ove applicabile - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento) 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione) 3) Tempi di attesa ricoveri 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) Report SICG	30
Obiettivo di Sicurezza e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza
Governare la riorganizzazione delle sale operatorie	Regolamento di sala operatoria redatto	Entro il 31/12/2019	Tutte le strutture del Dipartimento Chirurgico	Regolamento	30



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azari

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

[Signature]

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale		100	100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: Dott. Annetto Alonzo		Peso diffidenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	1) Produzione sanitaria complessiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali) e PS non seguito da ricoveri) 2) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologia/N. reclute programmate per GIC di patologia	1) Pari o superiore rispetto al 2018 2) ≥ 90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia	1) Report SICG 2) Verbali GIC	10	///	///
Sensibilizzare all'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	≥ 2018	s.c. Medicina; s.c. Anestesia e Rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	5	15	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrati) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	1) ≤ 2018 2) ≤ 2018	1) Reparti degenti e DH s.c. Farmacia Ospedaliera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative, Oncologica	1) Report GoCDS 2) Report Flusso CO e DO	15	///	///
AdeSIONE ai protocolli aziendali per la gestione della profilassi pre-operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 80%	Chirurgia, urologia	Report farmacia	10	30	///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa: - per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Uste di Attesa (PNGLU) - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/ totale interventi effettuati nel 2019 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/ totale interventi effettuati nel 2019 3) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (data produzione)	1, 2) ≥ 90%* 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	1, 2) Tutte le strutture che effettuano interventi di chirurgia monitorati nel PNGLA 3) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCDS	15	15	///
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N. ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥ 70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria; Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	5	5	///
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraspedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	M. schede Observation and response chart - OCR compilate/totale dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90%* * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	5	5	///

AA

Alonzo

Alonzo



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti Attivi	Peso di/degli/tra	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di serie della cura annualmente rilevati dal Programma Nazionale ERAS di AGENAS	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni/ricoveri per colecistectomia laparoscopica *100	> 70% o almeno > 2018	s.c. Chirurgia Generale	1) Report SICC 2) Relazione audit	5	5	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure attendibili, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/03/2020 2) Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	1) Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/03/2020 2) Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	Dip. Ch.; SC-Anestesia (Rianimazione); DIPSA	1) Report 2) Procedura	5	5	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URC entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture attendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	5	5	///
Migliorare la gestione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico con particolare riguardo alla prevenzione delle infezioni del sito operatorio	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti colon retto sottoposti a intervento chirurgico b) Analisi dei dati c) convalidazione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	Entro il 31/12/2019	SC-Chirurgia generale; SC- Ortopedia e Traumatologia	Relazione	5	5	///
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Progetto su attività xenologica nel P.O. di Borgomanero 2) Progetto su chirurgia mininvasiva	1) Progetto condiviso con Chirurgia, Ginecologia, Oncologia, Radiologia e Anatomia Patologica presentato alla DMPO entro il 30/04/2019 e attuato a partire dal 30/05/2019 (previa approvazione) 2) Progetto presentato alla DMPO entro il 30/06/2019 e attuato previa approvazione	1) s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anatomia Patologica, UNOS, ssc GoCSS, DMPO; s.c. Radiologia 2) s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anatomia Patologica, ssc GoCSS, DMPO	Progetto	10	5	///
Promuovere il miglioramento dell'assistenza del paziente sottoposto ad intervento chirurgico attraverso la valutazione dell'applicabilità del progetto ERAS nel Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro e cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sinetica del Gruppo Operativo	10	10	///
Promuovere il miglioramento dell'assistenza del paziente sottoposto ad intervento chirurgico attraverso la valutazione dell'applicabilità del progetto ERAS nel Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Costituzione gruppo di lavoro 2) Studio di fattibilità	1) Entro il 31/05/2019 2) Entro il 31/12/2019	s.c. Chirurgia*; s.c. Anestesia e rianimazione; Dipes; SIAH; SC. Recupero e riabilitazione funzionale	1) GdI formalizzato 2) Studio di fattibilità	10	35	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.035 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. NO
AZIENDA REGIONALE

Il Direttore di Struttura
Dott. Amedeo Albano

Il Direttore Sanitario
Dott. Stefano Azara

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Anza

Il Direttore Generale
Dott.ssa Isabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SE/SVOP/ AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CCN. 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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO. 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/09/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi. 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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 o Prevenzione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenza rispettata/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1. Incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbali incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione scorporata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del responsabile con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.a.d. GOCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note ai GOCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
	<p>FORMAZIONE: Sovvna della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorite la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorite la partecipazione ai corsi della sicurezza (D. Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorite la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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 mosche creditabili</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica creditabili</p> <p>2) Report triplicativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura

Dot. Amedeo Alento

Alento

AR



Alento

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oncologia		100	100	100
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: Dott.ssa Incoronata Romaniello				
Obiettivi Economici e di Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligente	Peso Com. SAN Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	2-2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	20	20 ///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	1) ≤ 2018 2) ≤ 2018	1) Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	1) Report GoCSS 2) Report Flusso CO e DD	15	5 ///
Obiettivi di Appropriatazza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligente	Peso Com. SAN Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	10	10 ///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Valutazione del PDTA redatti nel 2018	Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/03/2020	Tutte le strutture coinvolte nel PDTA oncologici	1) Report 2) Procedura	20	10 40

Handwritten signatures and initials, including a large circular signature and several smaller ones.



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso il rispetto degli indicatori di efficienza monitorati dalla Rete Oncologica (tempo medio di erogazione delle prestazioni da CAS)	1) Indice di performance della prima visita CAS e delle successive prestazioni nell'ambito del PDTA specifici di patologia 2) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) come previsto dalla rete oncologica 2) ≥ 90%	CAS centrale e periferici	Report SICS	20	20	60
Migliorare la qualità dei servizi, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami (gestiti/totali) del reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale temporaneo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	5	5	///
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	10	///
Percorso di integrazione con il servizio di Cure palliative per l'avvio di un ambulatorio delle Simultaneous Care	Attivazione ambulatorio	Entro il 31/12/2019	Cure palliative; Sistema Informativo Controllo Gestione, sc. Oncologia	Studio di fattibilità	5	10	///
Miglioramento della gestione dei pazienti oncologici: - pazienti con fragilità - pazienti in terapia con inibitori dell'Aromatasi	1) studio di fattibilità per adesione al progetto Protezione Famiglie Fragili; 2) Predisposizione percorso "protezione dell'uso" nelle donne in terapia con inibitori dell'Aromatasi	1) entro il 30/06/2019 2) Documento redatto secondo il format aziendale entro il 31/12/2019	1) s.c. Oncologia 2) s.c. Oncologie; sst RIF	1) Studio di fattibilità 2) Percorso	5	10	///

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

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

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Inconata Romanelli

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugo

Il Direttore Sanitario
Dott. Enrico Arzuffi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Isabella Fontana



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento di riferimento
Capacità di conseguire in modo efficiente 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 a tributo per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione Interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella 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.pv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'Oiv tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GocSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Note, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GocSS 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 * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' "emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report asse verifica credenziali</p> <p>2) Report triplagiativo azioni PO</p>	<p>1) Report asse verifica credenziali</p> <p>2) Report triplagiativo azioni PO</p>



Il Direttore di struttura
 [Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia		DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		110	100	0
Obiettivi economici e di attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti riferiti	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della delimitazione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria congiunta 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	5	5	///	
Governare le spese farmaceutica ospedaliera (consumi interni e amministrativi) e i consumi di dispositivi medici	3) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018 3) Consumo peracetamolo ex anno 2019	1) ≤ 2018 2) ≤ 2018 3) ≤ 2018	1) Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative 3) Orto/Trauma	1) Report GoCSS 2) Report Flusso CO e DD 3) Flusso CO		30	///	
Sensibilizzare all'attività di donazione di organi	Donazioni di cornee	≥ 2018	s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione; DMPO; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	Report DMPO	20	15	///	
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa: - per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totali interventi effettuati nel 2019 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totali interventi effettuati nel 2019 3) indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (otto produzione)	1, 2) ≥ 90%* 3) Entro lo standard regionale e con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Crusco ASL NO	1, 2) Tutte le strutture che effettuano interventi di chirurgia monitorati nel PNGLA 3) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	5	10	///	
Obiettivi di appropriatezza e qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Struttura coinvolte	Documenti riferiti	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICN) ASL NO 2019 e le raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nel modo e nei tempi previsti dal programma 2) ≥ 70% (rilevazione e campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Glieccologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Doulista, Urologia, SPOC	1) Relazione DMPO 2) Report FG		5	///	
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraspedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totale dei pazienti ricoverati* 100	≥ 90%* * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintesi relazione b) Database completo c) Report d) Relazione finale audit	10	5	///	



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso di giudizio	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/ totale delle fratture da operare * 100 2) N° fratture di tibia e perone operate entro 5 gg/ totale delle fratture da operare * 100	1) > 70% 2) Valore 2019 > 2018	SC Ortopedia e Traumatologia, SC Anestesia e Rianimazione	Report GoCSS	5	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure assistenziali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della OD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione del regolamento della sala operatoria di Borgomanero	Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	Dip. Ch.; SC Anestesia rianimazione; DIPSA	1) Report 2) Procedura	10	///	///
Migliorare la gestione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico con particolare riguardo alla prevenzione delle infezioni del sito operatorio	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati: pazienti protesi d'anca sottoposti a intervento chirurgico b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	Entro il 31/12/2019	SC Chirurgia generale; SC Ortopedia e Traumatologia	Relazione	5	///	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/ totale dei reclami pervenuti * 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su richiesta con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempistico coniato con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	10	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente al sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	20	15	///
Promuovere il miglioramento dell'assistenza del paziente sottoposto ad intervento chirurgico attraverso la valutazione dell'applicabilità del progetto EAS nel Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Costituzione Gruppo di lavoro 2) Studio di fattibilità	1) Entro il 31/05/2019 2) Entro il 31/12/2019	SC Chirurgia; SC Anestesia e rianimazione; Dipos; SAN; SC Ricovero e riabilitazione funzionale	1) GdI formalizzato 2) Studio di fattibilità	10	15	///

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla OD n. 11/015 del 22.09, incluso nel piano strategico agli obiettivi sopra indicati.

(**) Strutture coinvolte in caso di obiettivo intersettoriale e quelle che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Bruno

Il Direttore di dipartimento
Dott. Giovanni Bruno

Il Direttore Sanitario
Dott. Elisabetta

Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Arena

Il Direttore Generale
Dott. Sabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SEZ/SEV/SPR AI SENSI DELL'ART. 27, comma 3.1, CCNL 03/11/1995

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) Adozione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente delle propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/05/2019</p> <p>normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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 Predisposizione della Corruzione</p> <p>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione (totale convocazioni ricevute) * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2,1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbalii incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (pubb. essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2018: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2018 al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con completamento della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento 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 controllo p.p.v.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbali trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del responsabile con lettera controllata dal Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbalii</p>
		<p>1) N. operatori che hanno accumulato il numero minimo di crediti ECM garantiti dal ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (RLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sinottica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SIP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 revocate 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Brugo



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi				
Obiettivo Economico e Qualitativo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso differenza	Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consumata 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SIG	10	5
Sensibilizzare all'attività di donazione di organi e garantire il prelievo dei reni	1) Donazioni di cornee 2) N. prelievi effettuati/Totiprelievi effettuabili* 100/2	1) ≥ 2018 2) 100%	1) s.c. Medicina; s.c. Anestesia e rianimazione, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Cardiologia; s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza S.C. Chirurgia; s.c. Urologia 2) URO, DMPO	1) 2) Report DMPO	10	5
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	1) ≥ 2018 2) ≥ 2018	1) Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	1) Report GoCSS 2) Report Flusso CO e DD	10	5
AdeSIONE ai protocolli aziendali per la gestione della profilassi pre-operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 80%	Chirurgia, urologia	Report farmacia	10	5
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa: - per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2019 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2019 3) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di perimento, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	1, 2) ≥ 90% 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	1, 2) Tutte le strutture che effettuano interventi di chirurgia monitorati nel PNLGA 3) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	10	10
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della prassi in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AIRCAT	10	10



OBIETTIVI OPERATIVI E CRITERI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso Com SAN Com AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Otopediologia, Oculista, Urologia, SPDC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	5	///
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze introspedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totale dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	10	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Valutazione dei PDTA relativi alla rete oncologica redatti nel 2018 2) Revisione del regolamento delle sale operatorie di Borgomanero 3) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/01/2020 2) Redazione del regolamento entro il 31/12/2019 3) ≥50%	1) Strutture rete oncologica 2) Dip. Ch., SC.Anestesia rianimazione; DIPSA 3) strutture rete oncologica	1) Report 2) Procedura 3) Report s.c. Oncologia	10	///
OBIETTIVI OPERATIVI E CRITERI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diffidenza	Peso Com SAN Com AT
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	///
Riorganizzare le attività di chirurgia, implementando modelli innovativi che migliorino l'accessibilità delle utenti.	Progetto per l'implementazione delle procedure in modalità videolaparoscopica	Progetto presentato alla DMPO entro il 30/06/2019 e attuato previa approvazione	s.c. Chirurgia; sud GoCSS, DMPO	Progetto	15	///

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

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

Il Direttore di struttura
Dott. Giampaolo
Dott. Giorgio Arnesi

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano
Dott. Giovanni Brusco

Il Direttore Amministrativo
Dott. Anna
Dott. Anna

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documentazione 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 con incarico di alta specializzazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/09/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanziali, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbali trasmessi all'Oiv tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget assegnazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata da GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PALS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informatici e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche crediti</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>



Il Direttore di struttura
Dott. Giorgio Monesi

[Handwritten signature]

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica		95		100		0	
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRETTORE: Dott. Vito Belloli							
Obiettivi Economici e di Attività									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso di/gerenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT		
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	2 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	30	///		
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interi e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	1) S 2018 NOTA: salvo documentata introduzione di nuove metodiche con descrizione di costi/benefici approvata a livello aziendale 2) S 2018	1) Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Dspedallera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative, Oculistica	1) Report GoCSS 2) Report Flusso CO e DD	15	///	///		
Riduzione dei costi per le procedure intravitreali	Costo per procedura anno 2019/ costo per procedura anno 2018	S 2018	Oculistica	Report	*	///	///		
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6427/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	10	20	///		
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami (gestiti/totale dei reclami) pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	10	///		



Obiettivi di Appropriatura e Qualità						Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N. ricoveri per cui è stata applicata correttamente le raccomandazioni 17 /totale ricoveri* 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) 270% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	5	5	///	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della BD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione del regolamento delle sale operatorie di Borgomanero	Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	Dip. Ch., SC. Anestesia rianimazione; DIPSA	1) Report 2) Procedura	20	10	///	
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazioni del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totale dei pazienti ricoverati * 100	2-90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	5	5	///	
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo						Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	15	///	
Implementare modelli innovativi per migliorare la gestione dei pazienti che si rivolgono alla Struttura	1) PDTA per la terapia intravitreali delle patologie retiniche 2) Introduzione della nuova tecnologia di Angiografia OCT senza mezzo di contrasto	1) 2) Entro il 31/12/2019	s.c. Oculistica	1) PDTA 2) Progetto con relazione su attività svolta	10	5	///	

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

(**) Struttura capofila, incarico di direttivo trasversale e quella che si occupa di coordinare le attività

Il Direttore di Struttura
Dott. Roberto Bettini

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brusco

Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Siano

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SV/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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento 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 contriffirma pvv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi; valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllifirma dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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 * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report triplieggiativo azioni PO</p>



Il Direttore di struttura
Diana Vito Baitoni

[Handwritten signatures and initials]

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.c.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Laura Brogla				
Obiettivi Specifici e di Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso affidanza	Peso Com.SAN Com.AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione dei fabbisogni ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SIGG	15	///
Governare la spesa farmaceutica (con particolare attenzione nell'uso di agenti anti-neovascolarizzazione) e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	2018	Reporti degenza e DH e ambulatoriale s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GOC35	15	///
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	Gastroenterologia	Flusso DD	10	///
Garantire la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti attraverso: - Programmare le attività della SSD Gastroenterologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del colon retto in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016 - garantire la partecipazione al GIC di competenza	1) Spazi dedicati per effettuazione screening, come da richiesta del Piano Annuale di Attività 2018 2) N. presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia *100	1) Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano 2) > 90%	1) ssd GASTRO, ss LUVOS; s.c. Anatomia Patologica 2) Strutture GIC	1) Report GASTRO 2) Report s.c. Oncologia	10	///
Obiettivi di Accreditazione e di Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso affidanza	Peso Com.SAN Com.AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Validazione dei PDTA redatti nel 2018 2) Revisione dei PDTA per la diagnosi e il trattamento del paziente affetto da MICI	1) Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/01/2020 2) Documento aggiornato entro il 31/12/2019, con il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti	Dip. Ch.-Anestesia-rianimazione	1) Report 2) Procedura	10	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICN) ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	10	///



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso	Peso	Peso
					dirigenza	Com. SAN	Com. AT
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-64/21/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Crusco ASL NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	10	10	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti * 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempistico coniato con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	20	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione simetica del Gruppo Operativo	10	20	///
Ridefinizione di tutte le Istruzioni operative della struttura al fine di migliorare la qualità assistenziale ed organizzativa	Istruzioni operative aggiornate/totali Istruzioni operative da aggiornare * 100	> 90%	SSD GASTRO	Istruzioni operative	10	20	///

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.523 del 22.6.09, redatto dal piano strategico agli obiettivi sopra indicati.

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott.ssa Laura Boglietti

Il Direttore Sanitario
Dott. Guido Fazio

Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto...

Il Direttore Generale
Dott.ssa Sabella Fontana



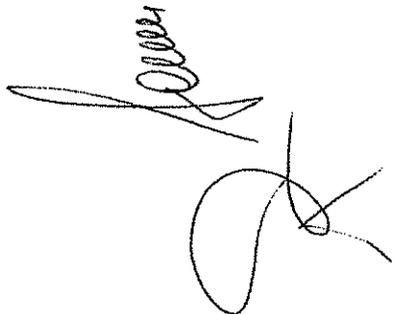
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SECS/SPVIA AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 ed incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totali convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2, 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 di personale della propria struttura (diligenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla diligenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento 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 controllo p.p.v.</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettere controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla diligenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo formati</p> <p>5) Relazione formazione</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) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

il Dirigente responsabile di struttura

Dot.ssa Laura Bregola





DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Riabilitazione Funzionale		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini		Peso dirigenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com SAN	Peso Com AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DH e ambulatoriale s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	10	///
Monitoraggio dell'appropriatezza nelle richieste di prescrizione di carrozzine elettriche nell'anno 2019	Report di monitoraggio	Almeno semestrale	ssd RRF	Report	10	///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: Il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI, NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	///	///
Partecipare alla attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	Distretti, SISP, STP (RSA e strutture private) ssd Sanità Penitenziaria (RSA) ACEP; MI; DIPSA (strutture private) RRF	Relazione	10	///

Handwritten signatures and initials, including a large signature and initials 'FA' and 'R'.



OBIETTIVI DI ATTIVITÀ, INIZIATIVE, QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DIMPO	10	10
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Valutazione dei PDTA redatti nel 2018	Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/01/2020	RRF; ORL	Report	10	10
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale temporaneo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	10
OBIETTIVI DI FORMAZIONE E SVILUPPO						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgt 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	20
Riorganizzare la propria attività in collaborazione con la s.c. Farmacia Territoriale, tenuto conto della nuova organizzazione aziendale	Modalità organizzative dell'assistenza protesica congiunte con la s.c. Farmacia Territoriale	Predisposte entro il 31/12/2019	ssd RRF, s.c. Farmacia Territoriale	Modalità operative	10	10
Miglioramento della gestione delle donne in terapia con inibitori dell'Aromatasi	Predisposizione percorso "protezione dell'osso" nelle donne in terapia con inibitori dell'Aromatasi	Documento redatto secondo il format aziendale entro il 31/12/2019	s.c. Oncologia; ssd RRF	Percorso	10	10

(*) obiettivo prioritario di cui alla DGR 9-13.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Claudio Savolitto

Claudio Savolitto

Il Dirigente di Dipartimento
Dott. Giovanni Rugo

Giovanni Rugo

Il Direttore Sanitario
Dott. Sergio Arena

Sergio Arena

Il Direttore Amministrativo
Dott. Emanuela Fontana

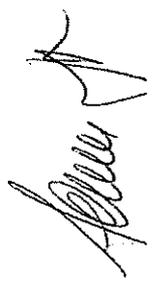
Emanuela Fontana



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 semestrale, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al dirigente responsabile di struttura semestrale, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della legge 361 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di struttura Semestrale o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI. NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI. NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazioni e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO 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 RPV</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorite la partecipazione ai corsi dell'emergenza (8LS-D; PBLIS; *ALS*); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorite la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorite la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riesplorativo azioni TO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura

Dott. Claudio Savoini




DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Brugo		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ruggero Guglielmetti				
Obiettivi Complessivi di Attività						
Descrittore	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consecutiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali) e P5 non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	5
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi/medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DI s.c. Farmacie Ospedaliere	Report GoCSS	10	5
Implementazione ed adesione al protocollo aziendale per la gestione della profilassi operatoria	Percentuale di pazienti ai quali viene prescritta la profilassi secondo protocollo	≥ 80%	Otorino	Report farmacie	10	10
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PRGLA e il percorso del paziente oncologico attraverso la partecipazione al GIC	1) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 2.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione) 2) N. presenze del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia	1) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Note: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni 2) ≥ 90%	1) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali 2) Strutture coinvolte nel GIC	1) Report GoCSS 2) Verbali	10	10
Obiettivi di Appropriata e Qualità						
Descrittore	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diffidenza	Peso Com. AT
Attuare per la parte di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'USR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	15	10
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane Indica	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	15	10

[Handwritten signature and initials]



Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DP della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Valutazione dei PDTA redatti nel 2018 2) Revisione del regolamento delle sale operatorie di Borgomanero	1) Valutazione del processo attraverso la raccolta degli indicatori previsti dal PDTA entro il 31/01/2020 2) Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	Dip. Ch.; SC Anestesia Rianimazione; DIFSA	1) Report 2) Procedura	20	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	Nr. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	10	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sinetica del Gruppo Operativo	20	///

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

(**1) Struttura espositiva in caso di obiettivo lavorativo è quella che si occupa di condurre le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura
Dott. Ruggiero Caviglioglio

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugno

Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco Arpa

Il Direttore Amministrativo
Dott. Sabella Fontana

Il Direttore Generale
Dott. Sabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI S.C./S.V.D.P. AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 3.1.1. CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle Indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale	1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 2) Report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/voce convocazioni ricevute *100 5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 90 a 100% 2) Partecipazione a 3 incontro 3) Entro 31/12/2019 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presenza 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento) 4) Relazione e verbali 5) Relazione
	OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvioimento del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma ppv 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) Almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi 2) Mail/nota al GoCCS con indicazione 3) Verballi
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dal ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario) 2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario) 3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura 5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totali iscritti * 100	1) Almeno il 70% 2) 90% 3) 100% 4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico 5) 80%	1) Relazione formazione 2) Relazione formazione 3) Relazione SPP e formazione 4) Relazione secondo format 5) Relazione formazione
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informatici e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) Ripetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente responsabile di struttura
Dot. Ruggero Guglielmini

[Signature]



[Handwritten marks and signatures]

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
 DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa

Obiettivi Economici e Amministrativi				Peso dirigenza	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/12/2018	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				Peso dirigenza	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa: - delle prestazioni ambulatoriali; - dei ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) n. codici I804 (sospensione attività di prenotazione) (sinossi di dipartimento) 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione) 3) tempi di attesa ricoveri 4) tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018	Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SICG	30

Obiettivi di Invasione e Sviluppo				Peso dirigenza	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	
Nell'ambito della promozione della trasparenza e anticorruzione, dare corso alla Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 - sezione sanità, così come previsto dall'obiettivo 6.1 di cui alla DGR 26-6421/2018.	Utenti del Dipartimento che hanno terminato la compilazione/Utenti del Dipartimento abilitati alla compilazione	100%	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi del Direttore del Dipartimento	30

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

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

Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore Sanitario
 Dott. Stefano Azzan

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott. Sabella Fontana



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE: Dott. Hailink Oscar Nis				
Obiettivi Economici e Strutturali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	2-2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	5 ///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	5-2018	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	15	5 ///
Terapia antibiotica nel neonato: revisione della modalità prescrittive e riduzione dei consumi presso il nido	Consumo antibiotici anno 2019/consumo antibiotici anno 2018	co anno 2018	Pediatria	Flusso CO e DD	15	10 ///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	15	15 ///
Obiettivi di Appropriazione e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN Com. AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	15 ///
Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nei mesi e nei tempi previsti dal programma 2) 270% (riservazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPOC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	5	5 ///



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observaton and response chart - OCR	N. scheda Observaton and response chart - OCR (unitamente alla scheda di "Benessere materno fetale in Ostetricia") compilate/totalità dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90%* • la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	10	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della CD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Percorso di presa in carico del neonato patologico (follow-up neonatale) 2) Revisione del Percorso Nascita con ospitalità e azioni assistenziali concordate e condivise con DMI nella gestione dei servizi territoriali e del Punto Nascita	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 in collaborazione con la SC di Neuropsichiatria Infantile 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, approvato da Direzione Generale e implementato entro il 31/12/2019	SC NPI, SSD Psicologia; sds GoCS; SC Pediatria; ss Consultori; DMPD	1) e 2) Percorso	5	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro e cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	///
Implementare il progetto aziendale per la prevenzione della Depressione Post Parto, che coinvolge trasversalmente tutte le strutture che afferiscono ai DMI, in collaborazione e sinergia con la SSD di Psicologia (coordinatrice del progetto regionale di organizzazione di programma di attività di formazione)	1) Progetto condiviso a livello di DMI e SSD Psicologia 2) N. azioni effettuate/n. azioni pianificate nel progetto* 100	1) Validato da Direttore DMI e da Responsabile SSD Psicologia e consegnato alla Direzione Generale entro il 30/06/2019 2) > 90%	Tutte le strutture che afferiscono al DMI, SSD Psicologia	1) Progetto 2) Report DMI	10	///
Promuovere stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc) in ambito scolastico in collaborazione con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica)	Secondo step del progetto "Il futuro in salute" nelle scuole del territorio	Secondo step del progetto nell'anno scolastico 2017/18 in tutte le scuole aderenti e inserimento delle azioni di promozione della salute nella banca dati ProSa	Neurologia, Pediatria, SIAN	Rendicontazione dell'attività	5	///

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

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

Il Direttore di struttura
Dott. Hallink-Oscarinis

Il Direttore Sanitario
Dott. Felice Azzurro

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Azza

Il Direttore Generale
Dott.ssa Asabella Fontana



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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenza secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totali scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbali incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (pub esatte redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dall'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100</p> <p>4) 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>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totali iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report diplomatico azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Hailink Oscar Nis



32

1 APR. 2019

Handwritten initials and signatures at the top right of the page.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa				
Chirurgia Ospedaliere e Ambulatoriali						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN. Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	10	10
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione 2) Costo EBPM per DDD anno 2019/costo EBPM DDD anno 2018	1) ≤ 2018 2) ≤ 2018	1) Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera 2) Cardiologia, Medicina, Neurologia, Ostetricia, Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oncologia, Cure palliative	1) Report GoCSS 2) Report Flusso CO e DD	10	10
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa: - per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Governo della Liste di Attesa (PNGLA) - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati nel 2019 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati nel 2019 3) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 76-6423/2018 (dato produzione)	1, 2) ≥ 90% 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruccotto ASL NO	1, 2) Tutte le strutture che effettuano interventi di chirurgia monitorati nel PNGLA; 3) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	*	///



DESCRIZIONE		INDICATORE		TARGET (STANDARD)		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		Peso differenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Garantire la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti attraverso: - l'esecuzione degli esami per lo screening per i tumori dell'utero cervice uterina in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2019 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP; - garantire la partecipazione ai GIC di competenza	1) N. esami erogati/totali esami programmati per lo screening * 100 2) Indicatori previsti dalla Regione; 3) N. presenza del componente della struttura al GIC di patologia/N. sedute programmate per GIC di patologia * 100	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione 3) > 90%	s.c. Ostetricia e ginecologia; s.s.d. UVOG; s.c. Oncologia; s.c. Chirurgia Gerais; s.c. Urologia; s.c. Radiologia; s.s.d. Gastroenterologia; s.s.d. Otorinolaringoiatria; s.c. Anatomia Patologica	1, 2) Report 3) verbal GIC	20	10	///					
Alta luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, migliorare l'appropriatezza dell'evento parto e la completa e corretta documentazione attraverso CEDAP	1) N° parti con cesareo primario/ N° parti con nessun progresso cesareo x 100; 2) coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP	1) Valore 2019 s 2018 2) 100%	s.c. Ostetricia e Ginecologia	1) Report GoCSS 2) report PADDI	10	10	///					
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Procedura per la gestione dell'emorragia post-partum aggiornato, tenendo conto delle LG pubblicate sul sito SMLG_ISS; 2) Revisione del Percorso Nascita con esplicitate le azioni assistenziali concordate e condivise con DMI nella gestione dei servizi territoriali e del Punto Nascita 3) Regolamento dei blocchi operatori di Borgomanero	1) Documento aggiornato entro il 31/12/2019 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, approvato da Direzione Generale e implementato entro il 31/12/2019 3) Nuovo regolamento entro il 31/12/2019	1) e 2) Strutture DMI, DMPO, GOCCS 3) s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anestesia e Rianimazione	1) Procedura 2) Percorso 3) Regolamento	10	10	///					
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alla emergenza intraspedaliera", attraverso l'implementazione della scheda Observaton and response chart - OCR	n. scheda Observaton and response chart - OCR (unicamente alla scheda di "Benessere materno fetale in Ostetricia") complete/totali dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90% * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	5	10	///					
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazioni 17 /totale ricoveri* 100	1) Nel modi e nei tempi previsti dal programma 2) ≥ 70% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	5	10	///					



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso all'oggetto	Peso Com SAN	Peso Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	10	5	///
Riorganizzare le attività di chirurgia ginecologica, implementando modelli innovativi che migliorino l'accessibilità delle utenti	1) Progetto su attività senologica nel P.O. di Borgomanero 2) Progetto su chirurgia mininvasiva	1) progetto condiviso con Chirurgia, Ginecologia, Oncologia, Radiologia e Anatomia Patologica presentato alla DMPO entro il 30/04/2019 e attuato a partire dal 10/05/2019 (previa approvazione) 2) Progetto presentato alla DMPO entro il 30/06/2019 e attuato previa approvazione	1) s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anatomia Patologica, UVO5, SSD GoCS5, DMPO, s.c. Radiologia 2) s.c. Ostetricia e Ginecologia; s.c. Anatomia Patologica, SSD GoCS5, DMPO.	Progetto	5	5	///
Implementare il progetto aziendale per la prevenzione della Depressione Post Parto, che coinvolge trasversalmente tutte le strutture che afferiscono al DMI. In collaborazione e sinergia con la SSD di Psicologia (coordinatrice del progetto regionale di organizzazione di programmi di attività di formazione)	1) Progetto condiviso a livello di DMI e SSD Psicologia 2) N. azioni effettuate/n. azioni pianificate nel progetto* 100	1) Validato da Direttore DMI e da Responsabile SSD Psicologia e consegnato alla Direzione Generale entro il 30/06/2019 2) > 90%	Tutte le strutture che afferiscono al DMI, SSD Psicologia	1) Progetto 2) Report DMI	10	10	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	10	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-025 del 22.6.09, articolo del paragrafo allegato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Roberto Arena

Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/ASVOP/AJ SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CON. 09/11/09

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attestato
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, al dirigente 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) Lettura 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) Lettura di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/fare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assente produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GOCCS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Note, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GOCCS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS");</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi di sicurezza (D.Lgs. 81/08) n.</p> <p>4) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n.</p> <p>5) Favorire la partecipazione al corso di formazione * 100</p> <p>6) 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>7) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Ruffini



[Handwritten signature]

Scheda di Autovalutazione Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente Peso Com SAN Peso Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con avvenuta tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AHL/CAT	5 5 10
Garanzia l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	3) Percorso di presa in carico del paziente adolescente e della sua famiglia 2) Percorso di presa in carico del neonato patologico (follow-up neonatale) 3) Redazione della procedura per la presa in cura dei minori in caso di abusi e o maltrattamenti in riferimento alle LG Regionali con deliberazione n.10-9475 del 03-03-2019	1) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 in collaborazione con la SSD di Psicologia 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019 in collaborazione con la SC Pediatria 3) Documento redatto secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	1) NPI, SP5, DSM, SSD GOCSS 2) NPI, PED 3) NPI, SP5, Servizi sociali	1) 2) 3) Procedura	30 25 20
Miglioramento delle skills del personale medico NPI a supporto dell'attività di consulenza neurologica e referenziazione elettroencefalogrammi programmati	N. partecipanti effettivi al corso di formazione sulla gestione e lettura dell'EEG/Totale di quelli programmati	Almeno il 70% del personale per cui è prevista la formazione	NPI, NEURO, GOCSS	Relazione formazione	15 /// 10
Scheda di Autovalutazione Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigente Peso Com SAN Peso Com AT
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5 10 5
Implementare il progetto aziendale per la prevenzione della Depressione Post Parto, che coinvolge trasversalmente tutte le strutture che afferiscono al DMI, in collaborazione e sinergia con la SSD di Psicologia (Coordinatrice del progetto regionale di organizzazione di programma di attività di formazione)	1) Progetto condiviso a livello di DMI e SSD Psicologia 2) N. azioni effettuate/N. azioni pianificate nel progetto* 100	1) Validato da Direttore DMI e da Responsabile SSD Psicologia e consegnato alla Direzione Generale entro il 30/06/2019 2) > 90%	Tutte le strutture che afferiscono al DMI, SSD Psicologia	1) Progetto 2) Report DMI	5 /// 5

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR n. 11.825 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi copia indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Cinzia Petrucci

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Pulgar

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cusi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SVOP 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 struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico, 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenza secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RIPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'IOIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 revoca crediti</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica crediti</p> <p>2) Report rileggiativo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Cinzia Peruzzi



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s. Consultori		100	100	0
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		Dirigente Responsabile: Dott. Giorgio Pretti				
Struttura Economico-aziendale						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com SAN Com AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019	≥2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero e del Territorio	Report SICG	40	10
Riorganizzazione delle attività consultoriali nelle diverse sedi distrettuali	Progetto di ricollocazione della sede del Consultorio di Borgomanero	entro primo semestre 2019	Consultori STP	Report SICG	*	30
Obiettivi di Performance e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com SAN Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dai reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	15	15

SP 11 14



Obiettivo di Intervento e Sviluppo		Strutture coinvolte		Documenti allegati		Peso dirigente	Peso Com SAN	Peso Com AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione del Percorso Nascita con esplicitate le azioni assistenziali concordate e condivise con DMI nella gestione dei servizi territoriali e del Punto Nascita	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, approvato da Direzione Generale e implementato entro il 31/12/2019	SSD GcCS; SC Pediatria; SC Ostetricia Ginecologia; DMPO	Percorso	15	20	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ministeriali di competenza	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPOC	Relazione	10	///	///	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato del DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente al sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	20	///	///
Implementare il progetto aziendale per la prevenzione della Depressione Post Parto, che coinvolge trasversalmente tutte le strutture che affiniscono al DMI, in collaborazione e sinergia con la SSD di Psicologia (coordinatrice del progetto regionale di organizzazione di programma di attività di formazione)	1) Progetto condiviso a livello di DMI e SSD Psicologia 2) N. azioni effettuate/n. azioni pianificate nel progetto* 100	1) Validato da Direttore DMI e da Responsabile SSD Psicologia e consegnato alla Direzione Generale entro il 30/06/2019 2) > 90%	Tutte le strutture che affiniscono al DMI, SSD Psicologia	1) progetto 2) report DMI	15	20	///	///

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-075 del 22.03.09, e c.d. del fatto allegato - agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Dirigente Responsabile
Dot. Giorgio Fretti

Il Direttore di Dipartimento
Dot. Giovanni Ripa

Il Direttore Sanitario
Dot. Sergio Arca

Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dot. Arabella Fontana



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		100	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina			
Obiettivi Economici ed Attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	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 31/12/2019	30
Strutture coinvolte Tutte le strutture del Dipartimento			
Documenti attesi 1) Verbali riunioni 2) Relazione			
Obiettivi di Appropriabilità e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso dirigenza
Promuovere nelle strutture del Dipartimento il governo dei tempi di attesa : - delle prestazioni ambulatoriali; - del ricoveri, ove applicabile; - presso il DEA	1) N. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 25-6421/2018 (dato produzione); 3) Tempi di attesa ricoveri; 4) Tempi di permanenza presso il DEA	1) Pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 3) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 4) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018	30
Strutture coinvolte Tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale			
Documenti attesi 1) Report responsabile tempi di attesa 2, 3, 4) report SICG			
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso dirigenza
Monitorare lo sviluppo dei progetti di valenza regionale (SIMT-CPVE; Centro Unico di Citologia, Progetto Screening, Rete Oncologica)	report semestrale sull'andamento dei progetti	almeno 2 all'anno, con evidenziazione di criticità e azioni correttive per ciascun progetto	40
Strutture coinvolte Tutte le strutture dipartimento			
Documenti attesi Report			

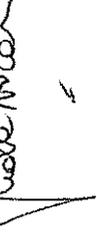
(*) Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11-625 del 22-6-09, escluso dal peso assegnato - agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dott.ssa Abatella Fontana




DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		s.c. SIMT - Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio		100	100	100		
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca						
Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	S valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	2018	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20	20	20
Governare la produzione della struttura	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (per interni e per esterni)	2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG		20	20	20
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2019	2018 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Report GeCSS		20	20	20
Portare a completa operatività la struttura CPVE attualmente in possesso degli spazi, delle dotazioni tecnologiche e di personale necessario per garantire l'attività di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti a tutta l'Area Omogenea Piemonte Nord est	1) Definizione di Cronoprogramma aggiornato 2) Azioni effettuate/azioni previste nel Cronoprogramma	1) Documento condiviso con la Cabine di regia e le Aziende dell'AICS 2) Entro i tempi previsti	CPVE	1) Cronoprogramma 2) Relazione CPVE		20	10	0



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigente	Peso Com SAN	Peso Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AllCAT	5	5	20
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione delle procedure principali del CPVE per adeguamento alle GPO inserite nell'EDQM 19ª edizione anche in previsione dei nuovi requisiti di accreditamento	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali: sad GsCSS	Percorso/procedura	•	10	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	5	5	5
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigente	Peso Com SAN	Peso Com AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura.	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	5	5
Ridefinizione della Procedura Aziendale per l'utilizzo del Servizio Trasfusionale a seguito di introduzione della nuova gestione automatizzata della consegna emocomponenti con tecnologia RFID	Procedura aggiornata, secondo format aziendale	Entro il 31/12/2019	SIMT-CPVE-COBUS	Procedura	5	5	0

(*) Obiettivo prestabilito di cui alla DGR 9-11.675 del 72.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Camasca

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina

Il Direttore Sanitario
Dott. San Elide Alban

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SVILUPPO AL SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CTRL. 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) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/05/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/giure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri somministrati con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 ai personale della propria struttura (dirigenza e comparto).</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVY tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS 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'ASL NO per l'anno (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi di formazione (D-Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione.</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<p>SISTEMA INFORMATICO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei dati base attendibile per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report risapitivo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Giovanni Camiseca



Handwritten signatures and initials at the top right of the page.

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia e Istologia patologica		100	100	0	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina					
OBIETTIVI ECONOMICI (COSTI)							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Governare la produzione di beni e servizi	2) Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni per interni e esterni) 2) N. presente virtuosi o reali dei componenti della struttura al GIC di patologia quando necessario/N. 2) ± 90% sedute programmate per GIC di patologia che prevedono la presenza dello specialista	1) ≥ 2018 2) ± 90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia, Chirurgia, ORL, DIAB	1) Report SICG 2) Verbali GIC con indicazione di eventuale coinvolgimento dello specialista: Anatomopatologo/Radiologo	20	30	///
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2019	± rispetto al 2018 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Report GoCSS	15	20	///
Proseguire l'attività del Centro Unico per lo Screening del Piemonte Orientale portando a compimento l'istituzione della DGR 27-3570 di riordino dello Screening per la parte di competenza con centralizzazione degli esami citologici di 1° e 2° livello e degli esami istologici di 2° livello dalle ASL afferenti al Programma 5	Azioni effettuate/azioni previste nel Piano Attività Annuale 2019, Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico, in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016.	Entro i tempi previsti	AP UNOS e responsabile programma 5	Relazione AP e Protocollo operativo Centro Unico Screening	10	10	///
OBIETTIVI APPLICATIVI (QUALITÀ)							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2018	Implementazione dei PDTA aggiornati nel 2018, attraverso la raccolta degli indicatori definiti nella procedura	Report di monitoraggio degli indicatori prodotto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	Report	20	10	///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA	Esami referenziati entro i tempi previsti dal PDTA/tonale degli esami da referenziare per la patologia oggetto del PDTA * 100	≥ 90%	s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Urologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia	1) PDTA; 2) Report SICG	•	///	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza all'ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	5	10	///



OBIETTIVI DI PERFORMANCE A GRUPPO		OBIETTIVI DI PERFORMANCE A GRUPPO					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10	20	///
Aggiornare le modalità per la gestione dei pazienti deceduti	1) Aggiornamento delle istruzioni operative per la corretta gestione del paziente deceduto per morbo di Creutzfeldt-Jacob, con particolare riguardo alle situazioni di rischio infettivo; 2) Aggiornamento della procedura per la gestione della morte endouterina fetale	1, 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019;	1) MI, Anatomia Patologica, SISP, DMPO, GoCSS 3) ML, Anatomia Patologica, DMPO, GoCSS	1, 2) percorso/procedura	20	///	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.0215 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

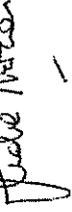
Il Direttore di struttura
Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SD/DP AL SENSO 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 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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria</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>Partecipazione a commissioni/gere e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata del responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCCSS 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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS") n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs.81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riapertivo azioni PO</p>

Il Direttore di struttura

Dott.ssa Silvia...



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia		100	100	100
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: Dott. Giuseppe Sessa				
Obiettivi Strategici e di Piano						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	1) Produzione sanitaria consuntiva 2019 (per interni e per esterni) 2) N. presenze del componente della struttura al GIC di patologia quando necessario/N. sedute programmate per GIC di patologia che prevedono la presenza dello specialista	1) Pari o superiore rispetto al 2018 2) >90%	1) Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero 2) Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, oncologia, Chirurgia, ORL, DIAB	1) Report SICG 2) Verbali GIC con indicazione di eventuale coinvolgimento dello specialista: Anatomopatologi/radiologi	15	10
Governare i consumi di beni e servizi	Consumo beni e servizi 2019	< rispetto al 2018 (a parità di produzione)	A.P. - Radiologia - Laboratorio/CPVE	Report GoCES	5	10
Garantire l'esecuzione degli esami per lo screening per i tumori della mammella ("e") e ("e") in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP	1) N. esami erogati/totali esami programmati per lo screening *100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	Radiologia	Report	15	20
Obiettivi di Appoggio (ex "Qualità")						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti *100	1) Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	20	10

Handwritten signatures and initials:
 - A large signature on the left.
 - A signature in the middle.
 - Initials "AS" on the right.
 - A signature at the top right.



		Obiettivi di Iniziativa e Sviluppo				Peso Com. SAN		Peso Com. AT	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT		
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per pazienti ambulatoriali in follow-up e per pazienti ricoverati con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg), per gli interventi previsti dal PNILGA (ICN) ASI NO 2019	1) Esami erogati e referati entro i tempi previsti dal PDTA/totale degli esami da erogare e referare per la patologia oggetto del PDTA * 100 2) Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6423/2018 (dato produzione)	1) >= 90% 2) Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento/prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi/prestazioni	1) s.c. Chirurgia; s.c. Oncologia; s.c. Urologia; s.c. Anatomia Patologica; s.c. Radiologia 2) Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	1) Report SICG 2) Report GeCS5	20	20	20		
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGN, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICN) ASI NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DIMPO	15	5	10		
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sinetica del Gruppo Operativo	10	10	10		
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Aggiornamento dell'istruzione operativa relativa alla Biopsia mammaria	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; Isd GeCS5	Percorso/procedura/Istruzione operativa	•	10	10		

(*) Obiettivo professionale di cui alla DGR 9-11-023 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dott. Giuseppe Basso

Il Direttore di Dipartimento
Dott. SSA Silvia Cristina

Il Direttore Sanitario
Dott. Elide Altan

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



Handwritten signatures and initials at the top right of the page.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SVDP/Ip AI SENSI DELL'ART. 37, 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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione > 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbal incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (pub essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verball</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'ASL, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei 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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report triepilografico azioni PO</p>

Il Direttore di struttura
Dott. Giuseppe Pessa



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale		100	0	100
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: Dott.ssa Laura Poggi				
OBIETTIVI ECONOMICI E DI ATTIVITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	S valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	///	10
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2018 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer nel 2017 per farmaci ATC AD2BC; J01; C07-C08-C09; N06A; R03	Differenza tra spesa procapite (per popolazione pesata) per molecola ASL NO a spesa procapite (per popolazione pesata) per molecola ASL best performer	Differenza inferiore del 50% nel 2019 rispetto al 2018	PT	Report flussi Farmacia territoriale	///	10
OBIETTIVI DI APPROPRIETÀ E QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Valutazione della procedura redatta nel 2018 2) Aggiornamento della PROCEDURA PER TERAPIA CON OSSIGENO LIQUIDO DOMICILIARE A LUNGO TERMINE (DLT)	1) Valutazione attraverso la raccolta degli indicatori previsti entro il 31/01/2020 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2018	Tutte le strutture aziendali; ssc Go-CSS	1) percorso/procedura; 2) report	///	20
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio 2) Proposta di applicazione della racc. 18	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) Entro il 31/12/2019	Tutte le strutture ospedaliere	1) Relazione DIMPO 2) Proposta di applicazione	///	10
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco e dei dispositivi medici mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna o della Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA (con riferimento agli Obiettivo 5.1 e 5.3 della DGR 26-6421/2017)	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione	///	5

Handwritten signature and initials

Handwritten initials



Obiettivo di prestazione a lungo termine					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso dirigenza / Peso Com. SAN / Peso Com. AT
Prendere in carico la gestione dell'assistenza integrativa e protesica, quest'ultima in collaborazione con RRF	1) Progettazione del nuovo modello organizzativo, inviato alla Direzione 2) Avvio modello, previa validazione	1) entro 30/06/2019 2) dal mese di luglio 2019	FT, RRF	1) Progetto 2) Relazione attività	15 /// 25
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Applicazione del modello definito 4) Revisione condivisa con ACU, IRCCS, MMSG, del PDTA relativi alla BPCO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	1,2) Effettuati entro tempistica regionale 3) A seguito della definizione del modello 4) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GoCSS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	1,2) Analisi organizzativa 3) Relazione attività 4) PDTA	15 /// 20

(*) obiettivo prestazionale di cui all' art. 9-11.623 del DL 6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore di struttura
Dot.ssa Laura Poggi



Il Direttore di Dipartimento
Dot.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario
Dot.ssa Elide Azzi



Il Direttore Amministrativo
Dot. Francesco Arona



Il Direttore Generale
Dot.ssa Arabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI EC/SVS/SP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CON. 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documenti allegati
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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulle programmazioni dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza, produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (diligenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla diligenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si fa 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite poste elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referenza con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla diligenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione</p> <p>3) Verbali</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; *ALS*); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (GDPR); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 80%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riiepilogativo azioni PO</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoca credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei data base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>Il Direttore di struttura</p> <p>Dot.ssa Laura Boggi</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riiepilogativo azioni PO</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riiepilogativo azioni PO</p>

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera		Peso		
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRETTORE: Dott.ssa Loredana Donetti		100	100	
		Strutture coinvolte		Peso diagnosi	Peso Com. AT	
		Target (standard)		Documenti attesi	Peso Com. SAN	
Descrizione	Indicatore	Target (standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com. AT	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	S valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10	10
Spesa dispositivi medici	Voce di conto economico BA0220 (dispositivi medici)	<=2018	STP - FO	Report	5	30
	Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1)	Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B1.A.3.1 (dispositivi medici)	STP - FO	Report	5	0
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici" ai sensi obiettivo S.2.2 DGR n. 26-6421 del 26-01-2018	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussiinformativi-regionali/3068-nuovi-flussi) con un CIG per lotto del tracciato Contratti	Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC	STP - FO	Report/Relazione	10	0
	Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti regionali DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte)	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"	STP - FO	Report/Relazione	10	0

Handwritten signatures and initials.



Obiettivi di Apprendimento e Sviluppo					
Destinazione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti ATIESI	Peso Com. SAN / Peso Com. AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della OD della Regione Piemonte n. 725/2017	1) Aggiornamento di una procedura del magazzino farmaco 2) Protocolli terapia per la gestione del dolore nell'adulto	1) 2) Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2019	1) FO 2) FO, Dip. CHIR, RIA	Percorso/procedura	20 / 30 / 25
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DMPO	40 / 5
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna e dalla Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione	20 / 5 / 10

Obiettivi di Inglese e Sviluppo					
Destinazione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti ATIESI	Peso Com. SAN / Peso Com. AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) Aggiornamento in collaborazione con RSPP, delle istruzioni operative per il corretto utilizzo dei DPI	1) Entro il 31/12/2019 2) Istruzioni operative aggiornate entro il 31/01/2020	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Istruzioni operative	20 / 5 / 5

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

(**) Strutture ospedaliere in caso di obiettivo trasversale e quelle che si occupano di coordinare le attività.

Il Direttore di struttura
Dott.ssa Luciana Donati

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Nina Cristina

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ilide Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Abatella Fontana



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 ai dirigenti responsabile di strutture semplici, ai dirigenti 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 2018</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e liposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI (NO); 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI (NO) entro il 31/08/2019</p> <p>2) Asseza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettere di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2,1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS con indicazioni 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 * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favore la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favore la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favore la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese della partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report (riplegativo azioni) PD</p>

Il Direttore di struttura
 Dott.ssa *Prudiana Doneda*



22
 27 APR. 2019
[Handwritten signatures and initials]

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia		100	100	0	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Renato Cantone					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso	Peso	
					diffidenza	Com. SAN	Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno al sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	≥ 2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SCG	5	5	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report GoCSS	20	0	///
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale o con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI. NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	*	5	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione dalle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale temporaneo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AILCAT	30	30	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento al sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Valutazione del PDTA redatti nel 2018	Redazione del regolamento entro il 31/12/2019	tutte le strutture aziendali; sss GoCSS	Report	5	5	///
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI MD 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DIMPO	5	5	///



Descrizione		Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI		1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs. 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	40	///
Migliorare l'appropriatezza del ricorso alla visita allergologica per sospetta allergia alimentare		Scheda informativa per prescrittori, con criteri di accesso per classi di priorità per la visita allergologica nel sospetto di allergia alimentare	entro il 31/12/2019	ssd Allergologia, MMIG/PLS, Distretti	Scheda Informativa	30	10	///

(*) Obiettivo pretensionale di cui alla DCR 9-11.625 del 23.6.09, esteso dal piano assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

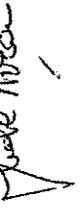
Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott. Renato Cantone



Il Direttore di Dipartimento
 Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario
 Dott. Giuseppe Elidezzan



Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena



Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana




[Handwritten signatures and initials]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SVILUPPO AI SENSI DELL'ART. 23, COMMA 3.1.1. CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attuato
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 20.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI, NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI, NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio Personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/giure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione e incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100</p>	<p>1) Entro un range da 84 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione a verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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 firma ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'DIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.d. GoCSS per l'inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/Nota al GoCSS con indicazione</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"):</p> <p>n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione		<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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott. Renato Cantone



DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia		100	100	0
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia Cristina						
DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Pontiani						
OBIETTIVI ECONOMICI E FINANZIARI						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni Ambulatoriali)	≥2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SIGG	15	20
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	≤ 2018	Reparti di geneta e OH s.c. Farmacia Diposidallera	Report GoCSS	15	///
Promuovere un uso appropriato di insulina lispro biosimilare	Percentuale di prescrizione di insulina lispro biosimilare /totale della insulina lispro	≥70%	Diabetologia, Medicina	Relazione e report	10	///
OBIETTIVI OPERATIVI E QUALITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso diligenza	Peso Com. SAN Com. AT
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UCR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2019	Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	Tutte le strutture ospedaliere	Relazione DIMPO	10	10
Migliorare il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PINGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza, di cui all'obiettivo 3.2 - tempi di attesa della DGR 26-6421/2018 (dato produzione)	Entro lo standard regionale e con un decremento pari ad almeno il 5% rispetto al 2018 *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e prestazioni. L'elenco degli interventi o prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	Report GoCSS	10	10

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti relativi	Peso di rigenera	Peso Com_FAN	Peso Com_AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti*100	Relazione inviate all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	5	10	///
Consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi per l'autocontrollo della glicemia oggetto di gara regionale, fatta salva la prescrizione motivata di presidi differenti laddove esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in maniera efficace, lo richiedano	1) Rapporto fra il numero delle stitriche per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle stitriche erogate 2) Rapporto tra la stitriche SCR e le stitriche CONSP (convenzionate + Dpc)	1) Scostamento ≤ al 20% dell'ASI best performer 2) Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di stitriche erogate in regime convenzionale sul totale delle stitriche erogate (convenzionate + Dpc)	AIP, ssc Diabetologia	1, 2) Report	15	10	///
Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	20	10	///
Miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta ai pazienti ospedalizzati con diabete mellito noto o di nuovo riscontro attraverso la preparazione e diffusione di materiale informativo che ottimizzi la gestione (schema terapia infusionale, algoritmo terapia insulinica sottocutanea)	Schema terapia infusionale, algoritmo terapia insulinica sottocutanea	Pradisposto entro il 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssc GoCSS	Schema	•	30	///

Obiettivi di miglioramento

(*) Obiettivo prestazionale di cui alla OGR 9-11.025 del 22.6.09, attuato dal piano assegnato e gli obiettivi sopra indicati.
 (**) Situare e coprire: in caso di obiettivo trasversale e quello che il campo di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott.ssa Epifania Penzanti

Il Direttore di Dipartimento
 Dott.ssa Silvia Ciolina

Il Direttore Sanitario
 Dott. Elio Azzam

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI CRUCOTTO AL SENSO 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 181 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</p> <p>2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI; NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI; NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenza secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con PEC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verballi incontri - report presente</p> <p>3) Relazione (pubb. essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verballi</p> <p>5) Relazione</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verballi incontri - report presente</p> <p>3) Relazione (pubb. essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verballi</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigente e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigente e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO 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 firma ppy</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI; NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigente e verballi nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoC55 con indicazione</p> <p>3) Verballi</p>
	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI; NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 80%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazioni</p> <p>2) Relazione formazioni</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazioni</p>	<p>1) Relazione formazioni</p> <p>2) Relazione SPP e formazione</p> <p>3) Relazione secondo format</p> <p>4) Relazione formazioni</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) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riaplogativo azioni PO</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riaplogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile di struttura
 Dott. *[Firma]*
[Firma]



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		100
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		

Obiettivi Economici ed Attivi			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso dirigenza
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	30

Obiettivi di Apprendimento e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	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 2) Entro il 31/12/2019	30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso dirigenza
Governare la realizzazione delle azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relative all'accreditamento delle strutture residenziali e autori di reato ed i progetti aziendali.	Relazione relativa alle attività effettuate sulle azioni richieste dalla Regione	Almeno 2/anno DSM	40

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

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bossi

Paola Bossi

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azzan

Elide Azzan

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Arabella Fontana



[Handwritten signatures and initials]

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord		100	100	100
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		Direttore: Dott. Giorgio Castignoli				
Obiettivi di Appropriatezza (ATTUALI)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN Com AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della deflazione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni Ambulatoriali)	2018	DSM	Report SIGC	20	15
Farmacii Long Acting Atipici, ABILIFY MAINTENA : revisione delle modalità prescrittive	1) Revisione delle modalità operative 2) Appropriata delle nuove prescrizioni 3) Spesa medio per paziente in terapia con Farmaci Long Acting Atipic	1) Entro 30/06/2019 2) 80% di nuove prescrizioni appropriate 3) 5/2018	DSM	Relazione e Flusso CO e DD	10	///
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private	N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	STP, ML (strutture private), ACEP, Dipsa (RSA e strutture private), DSM	Relazione	10	///
Contribuire alla valutazione del rischio stress lavoro correlato in modo da riprogettare i fattori organizzativi potenzialmente fonti di disagio e attuare il percorso di riduzione del rischio; garantire il monitoraggio delle azioni correttive	Analisi e monitoraggio della struttura con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2019	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologi, DIPSA	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	10	///
Obiettivi di Appropriatezza (COP)						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso differenza	Peso Com SAN Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totali dei reclami pervenuti * 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AUCAT	5	15
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alle Sanità relative a: accreditamento strutture residenziali e autori di reato.	Relazione relativa alle attività effettuate sulle azioni richieste dalla Regione	Almeno 2/anno	DSM	Relazioni	10	5



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte		Documenti allegati	Peso Com SAN	Peso Com AT
			Strutture coinvolte				
<p>Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017</p>	<p>Redazione secondo format aziendali dei seguenti documenti: 1) Protocollo d'intesa tra Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale di Torino sezione di Novara e il DSM per "Attività a favore di richiedenti asilo o rifugiati affetti da disagio psichico" 2) Procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOU), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dai LIS 3) Percorso di presa in cura del paziente adolescente e della sua famiglia 4) Redazione della procedura per la presa in cura dei minori in caso di abusi e o maltrattamenti in riferimento alle LG Regionali con deliberazione n.10-8475 del 03-03-2019 5) Valutazione dell'applicazione delle procedure aggiornate nel corso del 2018, attraverso il monitoraggio degli indicatori</p>	<p>1,2,3, 4) Documento definito entro il 31/12/2019 5) Report indicatori al 31/12/2019</p>	Tutte le strutture aziendali; ssd GoC55	<p>1,2,3,4) Documento 5) Report</p>	10	5	10
<p>Definire un progetto di domiciliarità assistita per utenti che presentano una situazione destabilizzante del quadro psicopatologico, che potrebbe compromettere il loro grado di autonomia</p>	<p>Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorso)</p>	<p>Validato dal Direttore del Dsm e presentato alla Direzione Generale entro il 30/09/2019</p>	DSM; Servizi sociali	Progetto	5	5	25
<p>Promuovere l'aggiornamento dei DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI</p>	<p>1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura</p>	<p>1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri</p>	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	<p>1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo</p>	5	30	30
<p>In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)</p>	<p>1) Applicazione del modello definito 2) Revisione condivisa dei PDTA di interesse</p>	<p>1) a seguito della definizione del modello 2) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019</p>	DIPS; Distretti; GoC55; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	PDTA	10	///	///
<p>Promuovere un corretto stile di vita nell'ambito del progetto "benessere", destinato ai soggetti che afferiscono al DSM, attraverso lo sviluppo di buone pratiche alimentari ed educazione al movimento</p>	<p>1) N° incontri con medico SIAN, medico dello sport, operatori del DSM e pazienti 2) Pazienti presi in carico/totale pazienti inviati *100</p>	<p>1) Almeno 2 nell'anno 2) ≥ 95%</p>	SIAM, DSM, SISP	<p>1) Relazione 2) Report DSM</p>	10	25	5

OGGETTO: ATTIVITÀ DI SVILUPPO

Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Elide Azzi

Il Direttore Amministrativo
 Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Arabella Fontana

[*] obiettivo predefinito di cui alla OGR 9-11.615 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

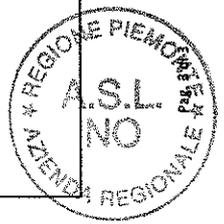
[Handwritten signatures and initials]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SECS/SD/OP AI SERVIZI DELL'ART. 27, comma 1.1, COLT. 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 361 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018 mensile</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/Aziendale</p>	<p>3) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2.1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verbali incontri - report presenza</p> <p>3) Relazione (può essere redatte un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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 pvv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoC55 per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali nominativi</p> <p>2) Mail/note al GoC55 con indicazione</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 * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 50%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credituali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore della struttura
[Signature]
 Dott. Giorgio Carlini

[Signature]



[Handwritten signatures and initials]

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud		100	100	100
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		Direttore: Dott.ssa Paola Bossi				
OBIETTIVI ECONOMICI DI ATTIVITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso di giudizio	Peso Com. SAN / Peso Com. AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni Ambulatoriali)	2018	DSM	Report SICS	20	15 / /
FarmacLong Acting Atipici/ARILEIFY MAINTENNA: revisione delle modalità prescrittive	1) Revisione delle modalità operative 2) Appropriatazza delle nuove prescrizioni 3) Spesa media per paziente in terapia con Farmaci Long Acting Atipici	1) Entro 30/06/2019 2) 80% di nuove prescrizioni appropriate 3) 5 2018	DSM	Relazione e Flusso CO e DD	10	/ / /
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private	N. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 80%	STP, ML (strutture private); ACEP; Dipsa (RSA e strutture private), DSM	Relazione	10	/ / /
OBIETTIVI APPLICATIVI DI ATTIVITÀ						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso di giudizio	Peso Com. SAN / Peso Com. AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti * 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report AUCAT	10	15 / 5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Redazione secondo format aziendale dei seguenti documenti: 1) Protocollo d'intesa tra Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale di Torino sezione di Novara e il DSM per "Attività a favore di richiedenti asilo o rifugiati affetti da disagio psichico" 2) Procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AQU), dal Comune, dalle Forze dell'Ordine e dal 118 3) Percorso di presa in cura del paziente adolescente e della sua famiglia 4) Redazione della procedura per la presa in cura dei minori in caso di abusi e o maltrattamenti in riferimento alle LG Regionali con deliberazione n.10-8475 del 03-03-2019 5) Valutazione dell'applicazione delle procedure aggiornate nel corso del 2018, attraverso il monitoraggio degli indicatori	1,2,3, 4) Documento definito entro il 31/12/2019 5) Report indicatori al 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; s.c. GoCSS	1,2,3,4) Documento 5) Report	10	5 / 10



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso di giudizio	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relative al: accreditamento strutture residenziali e autori di reato	Relazione relativa alle attività effettuate sulle azioni richieste dalla Regione	Almeno 2/anno	DSM	Relazioni	10	5	45
Promuovere un corretto stile di vita nell'ambito del progetto "benessere", destinato ai soggetti che afferiscono al DSM, attraverso lo sviluppo di buone pratiche alimentari ed educazione al movimento	1) N° incontri con medico SIAN, medico dello sport, operatori del DSM e pazienti 2) pazienti presi in carico/totali pazienti inviati *100	1) Almeno 2 nell'anno 2) ≥ 95%	SIAM, DSM, SISP	1) Relazione 2) Report DSM	15	25	5
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	5	30	10
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Applicazione del modello definito 2) Revisione condivisa del PDTA di interesse	1) A seguito della definizione del modello 2) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GOCCS; DMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	PDTA	10	///	///
Definire un progetto di domiciliarità assistita per utenti che presentano una situazione destabilizzante del quadro psicopatologico, che potrebbe compromettere il loro grado di autonomia	Progetto condiviso tra le strutture interessate che espliciti: - criteri di selezione dei pazienti - risorse necessarie - tempi di realizzazione - modalità organizzative (percorso)	Validato dal Direttore del Dsm e presentato alla Direzione Generale entro il 31/12/2019	DSM; Servizi sociali	Progetto	•	5	25

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

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

Il Direttore di struttura
Dot.ssa Paola Bossi



Il Direttore Sanitario
Dott. Elio Azzi



Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Arena



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCSSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCN. 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 2018</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 medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/figure e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verballi incontri - report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione scorciata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verballi</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare 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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OVV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verballi</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verballi</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>FORMAZIONE: Evidenza della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>2) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</p>
	<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 revoche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento dei data base aziendali per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Ripetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report iteplagativo azioni PO</p>

il Direttore di struttura
 Dott.ssa Paola Bessi



Handwritten signatures and initials:
 FA
 [Signature]
 [Signature]

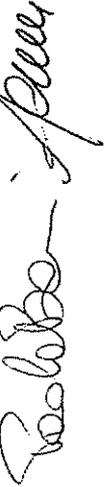
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Centro Salute Mentale Arona				Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		Dirigente responsabile: Dott.ssa Paola Bossi				100	100	100
OBIETTIVI STRATEGICI AL 2019								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni Ambulatoriali)	≥2018	DSM	Report SICG	20	15	///	
Farmac Long Acting Atipici;ABILIFY MAINTENA; revisione delle modalità prescrittive	1) Revisione delle modalità operative 2) Appropriata delle nuove prescrizioni 3) spesa media per paziente in terapia con Farmaci Long Acting Atipic	1) Entro 30/06/2019 2) 80% di nuove prescrizioni appropriate 3) 1-2018	DSM	Relazione e Flusso CO e DD	10	///	///	
Partecipare alle attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private	n. sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	> 90%	STP, ML (strutture private); ACEP; Dipas (RSA e strutture private), DSM	Relazione	10	///	///	
OBIETTIVI OPERATIVI E QUALITÀ								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso dirigente	Peso Com. SAN	Peso Com. AT	
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/totale dei reclami pervenuti* 100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi (tutti ad utenti esterni)	Report AILCAT	10	15	5	
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relative al: accreditamento strutture residenziali e autori di reato.	Relazione relativa alle attività effettuate sulle azioni richieste dalla Regione	Almeno 2/anno	DSM	Relazioni	10	5	10	



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 2018</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 entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione 2-1 Incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</p> <p>2) Verballi incontri - report presente</p> <p>3) Relazione (pubb. essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto</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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note al GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verballi</p>
Capacità di garantire la comunicazione esterna	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PALS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi di sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO): n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report risaplogativo azioni PO</p>

Il Dirigente responsabile

Dott.ssa Paola Bossi




DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero			100	100	0
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi							
Dirigente responsabile: Dott. Ettore Quadro							
OBIETTIVO ESPECIFICO DI ATTIVITÀ							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Governare la produzione della struttura, anche tenuto conto della definizione del fabbisogno ai sensi della DD 795 del 30/11/2018	Produzione sanitaria consuntiva 2018 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero)	2018	Tutte le strutture dell'Ospedale di Borgomanero	Report SICG	15	5	///
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	5 2018	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Trimestrale	10	///	///
OBIETTIVO ESPECIFICO DI QUALITÀ							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Peso dirigenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami	N. reclami gestiti/ totale dei reclami pervenuti*100	Relazione inviata all'URE entro 20 giorni su reclamo con: - evidenza della presa in carico (anche con eventuale tempestivo contatto con l'utente) e risoluzione del problema segnalato - azioni di miglioramento per il 100% dei reclami	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALCAT	15	20	///
Attuare per le parti di competenza il programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASI, NO 2019 e le Raccomandazioni ministeriali di competenza	1) Attuare le azioni previste nel programma di gestione del rischio e nel piano previsto per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza 2) N ricoveri per cui è stata applicata correttamente la raccomandazione 17 /totale ricoveri* 100	1) Nei modi e nei tempi previsti dal programma 2) 270% (rilevazione a campione)	1) Tutte le strutture ospedaliere; 2) Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ginecologia, Pediatria, Chirurgia, Ortopedia, Oculista, Urologia, SPDC	1) Relazione DMPO 2) Report FO	15	20	///

[Handwritten signatures and initials]



Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso diligente	Peso Com SAN	Peso Com AT
Dare attuazione all'applicazione Piano per l'Emergenza Ospedaliera "Organizzazione del sistema di risposta alle emergenze Intraospedaliere", attraverso l'implementazione della scheda Observation and response chart - OCR	N. schede Observation and response chart - OCR compilate/totali dei pazienti ricoverati * 100	≥ 90%* * la rilevazione sarà fatta a campione in due settimane indice	Tutte le strutture ospedaliere con degenza	a) Sintetica relazione b) Database compilato c) Report d) Relazione finale audit	15	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Redazione secondo format aziendale dei seguenti documenti: 1) Protocollo d'intesa tra Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale di Torino sezione di Novara e il DSM per "Attività a favore di richiedenti asilo o rifugiati affetti da disagio psichico" 2) Procedura per la gestione del TSO (trattamento sanitario obbligatorio) condivisa dalle strutture del DSM (ASL e AOU), dai Comuni, dalle Forze dell'Ordine e dal 118 3) Percorso di presa in cura del paziente adolescente e della sua famiglia 4) Redazione della procedura per la presa in cura dei minori in caso di abusi e o maltrattamenti in riferimento alle LG Regionali con deliberazione n.10-8475 del 03-03-2019 5) Valutazione dell'applicazione delle procedure aggiornate nel corso del 2018, attraverso il monitoraggio degli indicatori	1.2.3. 4) Documento definito entro il 31/12/2019 5) Report indicatori al 31/12/2019	Tutte le strutture aziendali; ssd GoCCS	1,2,3,4) Documento 5) Report	25	10	///
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019; 2) Due incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	15	25	///
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Crisi", attuare per le parti di competenza il nuovo modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali (PUA)	1) Applicazione del modello definito 2) Revisione condivisa del PDTA di interesse	1) a seguito della definizione del modello 2) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPSA; Distretti; GoCCS; OMPO; s.c. Medicina Interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	PDTA	5	5	///

Obiettivi di Iniziativa e Gruppo

(*) obiettivo prestazionale di cui alle OCR 9-11-675 del 22.6.09, escluso il peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.
 (***) Struttura capofila; in caso di obiettivi trasversali è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ilide Azzi

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Piga

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bossi

Il Dirigente Responsabile
Dott. Elvise Quadri



[Handwritten marks]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/OP AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.2, CDNL 09/11/05

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) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente delle 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 2018</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1a) Lettera predisposta secondo l'ex-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2019 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%</p> <p>2) Partecipazione a 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto</p> <p>2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controlfime ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OTV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO</p> <p>3) Almeno 2 Incontri nell'anno</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>	
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti EGM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario)</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le lezioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione SPP e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		100	
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata			
Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso diligenza
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2019	Budget assegnato per l'anno 2019	5 valore del Budget consumato nel 2018 con rivalutazione nel mese di luglio 2019 e nel mese di ottobre 2019	10
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, favorendo 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 3) Report degli incontri del C.D.A. e del Direttivo del C.P.D	1) Almeno 3 all'anno 2) Entro il 31/01/2020 3) 2 Report del C.D.A. e del Direttivo del C.P.D., da trasmettere alla Direzione Sanitaria dell'ASL NO (Capofila sul DPD) o inserire sul database "Cruscotto" entro il 31/12/2019	
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso diligenza
Monitoraggio dell'uso delle risorse stanziate, con Delibere di Giunta Regionale/Indicazioni assessoriali, 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 Spertimentazioni, per gli Accordi Contrattuali (Residenzialità) e per l'Extra Accordo (ove vigenti).	Rilevazione dati sull'impegno di risorse assegnate alle Strutture dalle 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)	30
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Peso diligenza
Uniformare la prassi per il corretto affido (take home) di metadone cloridrato soluzione orale (farmaco sostitutivo per il trattamento dell'eroino-dipendenza), anche a livello interdipartimentale	1) Definizione e diffusione di istruzioni operative relative al corretto affido di metadone cloridrato soluzione orale 2) Valutazione dell'applicazione delle stesse, attraverso la raccolta degli specifici indicatori	1) Entro il 30/10/2019 2) Primo report raccolto entro il 31/12/2019	30
Definizione ed adozione criteri e modalità per la presa in carico del paziente con dipendenza tabagica, condivise e fruibili in ambito interaziendale (ss.cc. SerD. AA.SS.LL. BI, NO, VC,	Criteri e modalità definiti e condivisi	Entro il 31/12/2019	30



Il Direttore di Dipartimento
Dott. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Altan

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Piro

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

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

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerT		100	100	0	
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Obiettivo Economico (P.A.M.)							
Descrizione		Indicatore	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso Com SAN	Peso Com AT	
Partecipare all'attuazione del Piano locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (Atti di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)		Azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	15	10	///
Mantenere stabile il numero di utenti che afferiscono alla s.c. Ser.T		N. utenti in carico alla s.c. Ser.T. anno 2019 vs anno 2018	s.c. Ser.T.; s.s. Alcologis; CTT; Ambulatorio GAP	Estrazione dati da RTH	•	20	///
Obiettivo di Appoggio (P.A.M.)							
Descrizione		Indicatore	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso diligenza	Peso Com SAN	Peso Com AT
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto dell'avvio del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017		Implementare, attraverso la raccolta degli indicatori, la procedura aggiornata nel 2018	Tutte le strutture aziendali; s.s. GoCSS	Report	15	10	///
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici		N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	SIAM, SSP, LIVOS, Spreal, SIAV C, SerT, Medicina legale; s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate al s.s. GoCSS	20	10	///
Migliorare la qualità del servizio, attraverso una valutazione delle aree di criticità anche tenuto conto dell'analisi di eventuali reclami		N° reclami per cui viene prodotta relazione di valutazione con azioni di miglioramento entro 60 giorni/totali dei reclami pervenuti * 100	Tutte le strutture aziendali che erogano servizi rivolti ad utenti esterni	Report ALLCAT	10	10	///

[Handwritten signatures and initials]

Obiettivo Operativo 4.5.01.01					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Com SAN Com AT
Uniformare le prassi per il corretto affido (take home) di metadone cloridrato soluzione orale (farmaco sostitutivo per il trattamento dell'eroino-dipendenza), anche a livello interdepartimentale	1) Definizione e diffusione di istruzioni operative relative al corretto affido di metadone cloridrato soluzione orale 2) Validazione dell'applicazione delle stesse, attraverso la raccolta degli specifici indicatori	1) Entro il 30/10/2019 2) Primo report raccolto entro il 31/12/2019	s.c. Serf	1) Istruzioni operative 2) Report	20 20
In riferimento al recepimento a livello regionale dell'accordo Governo e Regioni sul documento "Piano Nazionale Cronicità", collaborare per le parti di competenza nello sviluppo di un modello organizzativo assistenziale per la presa in cura del paziente cronico e la ridefinizione dei percorsi assistenziali	1) Analisi organizzativa secondo il format regionale 2) Definizione del modello organizzativo assistenziale 3) Revisione del PDTA relativi alla EPCCO e Scompenso Cardiaco sulla base del nuovo modello organizzativo	2, 2) Analisi organizzativa, definizione del modello organizzativo entro tempistica regionale 3) Revisione di almeno 1 PDTA entro il 31/12/2019	DIPS; Distratti; GoCCS; DIMPO; s.c. Medicina interna; s.c. Cardiologia; s.c. Farmacia Territoriale; DP; DPD	1, 2) Analisi organizzative 3) PDTA	10 10
Promuovere l'aggiornamento del DVR relativi al rischio biologico, attraverso l'aggiornamento e la condivisione dei protocolli per l'utilizzo appropriato dei DPI	1) Mappatura delle attività della struttura, attraverso la scheda tipo predisposta dal gruppo operativo 2) N. di incontri definiti dal gruppo di lavoro a cui ha partecipato il preposto e/o il dirigente ai sensi del D.Lgs 81/08 della struttura	1) Entro il 31/12/2019 2) 2 incontri	Tutte le strutture con attività a rischio biologico	1) Mappatura 2) Relazione sintetica del Gruppo Operativo	10 10

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

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

Il Direttore di Struttura
Dott. Liborio Mercurio Caparata

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Liborio Mercurio Caparata

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elide Azian

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Arena

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



[Handwritten signature]

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) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2018</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 sul Cruscotto ASI NO; 1b) Rendicontazione obiettivi 2018 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASI NO entro il 31/08/2019</p> <p>2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi; 1b) Rendicontazione raggiungimento obiettivi 2018</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>Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p> <p>4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute * 100</p> <p>5) Scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare * 100</p>	<p>1) Entro un range da 9a a 100%</p> <p>2) Partecipazione ≥ 1 incontro</p> <p>3) Entro 31/12/2019</p> <p>4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa</p> <p>5) 100% (Controllo a campione)/segnalazioni RUP</p>	<p>1) Valutazione annuale</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> <p>4) Relazione e verbali</p> <p>5) Relazione</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2019: Evidenza della diffusione degli obiettivi 2019 al personale della propria struttura (diligenza e comparso)</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla diligenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convolgimento 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 conferme ppv</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'Oiv (tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget)</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Mail/note ai GoCSS con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>	<p>1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla diligenza e verbali</p> <p>2) Mail/note ai GoCSS 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 * 100 (solo personale sanitario))</p> <p>2) Favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario)</p> <p>3) Favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100</p> <p>4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura</p> <p>5) Favorire la partecipazione ai corsi relativi alla privacy (DPO); n. operatori formati/totale iscritti * 100</p>	<p>1) Almeno il 70%</p> <p>2) 90%</p> <p>3) 100%</p> <p>4) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.a.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico</p> <p>5) 80%</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione formazione</p> <p>3) Relazione spp e formazione</p> <p>4) Relazione secondo format</p> <p>5) Relazione formazione</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 trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore di Struttura
 Dott. Liborio Mattino Carmine
[Handwritten signature]



AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

FOGLIO ADEMPIMENTI
- EFFETTI -

• Il presente provvedimento è esecutivo:

Giorno inizio esecutività 23 APR. 2019

dal giorno della sua iscrizione nel Registro Generale

dalla data in esso provvedimento indicata

- PUBBLICAZIONE -

Al presente provvedimento è stata data pubblicità legale, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, L. 69/2009,
tramite pubblicazione sul sito informatico dell'Ente ad iniziare dal giorno 12 APR. 2019



AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(dott. Mauro Rossi)

- COMUNICAZIONI -

Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali

V.D.

COLLEGIO SINDACALE

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

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

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

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

ALTRI _____

