

AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA

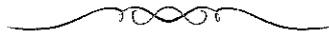
Viale Roma, 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

Numero 101 Data 31 MAR. 2016

PROPOSTA ISTRUTTORIA DEL DIRETTORE GENERALE N° 45

OGGETTO: ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2016 AI DIPARTIMENTI, ALLE
STRUTTURE COMPLESSE E ALLE STRUTTURE SEMPLICI A
VALENZA DIPARTIMENTALE AZIENDALI



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

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

OGGETTO: *ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2016 AI DIPARTIMENTI, ALLE STRUTTURE COMPLESSE E ALLE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE AZIENDALI*

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la D.G.R. 23.12.2013, n. 25-6944, che indica 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 2016 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 al personale dirigenziale appartenente alle diverse strutture aziendali ed i relativi indicatori;

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

che con deliberazione del Direttore Generale n. 826 del 30.12.2015 l'ASL ha dato iniziale applicazione all'organizzazione prevista dal provvedimento 772/2015, con:

- la disattivazione, dal 31/12/2015, delle strutture complesse Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e Recupero e Rieducazione Funzionale, costituendo contestualmente le omonime strutture semplici a valenza dipartimentale;
- il rinnovo degli incarichi di direzione di struttura complessa di "Nefrologia", "Siav area A Sanità Animale", "Anatomia ed istologia patologica", "Siav area B Igiene alimenti di origine animale e loro derivati", "Servizio Igiene e Sanità Pubblica", "Anestesia e Rianimazione", "Ortopedia e Traumatologia", "Neuropsichiatria Infantile", Ser.T.", "Psichiatria area Nord" e "Medicina Interna";

DATO ATTO che nel periodo 21-31 marzo 2016 si sono svolti incontri con i Direttori/Responsabili per assegnare alle Strutture aziendali attualmente attive gli obiettivi per l'anno 2016;

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 2016, e che pertanto gli obiettivi assegnati potranno essere oggetto di adeguamento al recepimento di tali obiettivi declinati dalla Regione Piemonte;
- che nel corso dell'anno 2016 la Direzione Aziendale procederà alla graduale applicazione dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772/2015, e che pertanto gli obiettivi assegnati potranno necessitare di aggiornamenti in itinere in funzione dei nuovi assetti organizzativi
- 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 a valenza dipartimentale, in occasione della sottoscrizione degli obiettivi 2016, è stata data comunicazione dei criteri per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto I CCNL 03/11/2005;

PRECISATO

che – alla luce di quanto sopra esposto - le strutture indicate nelle schede allegate al presente provvedimento corrispondono all'articolazione organizzativa definita dal vigente Atto Aziendale, di cui alle deliberazioni n. 257/2011 e n. 616/2011, e dalle deliberazioni nn. 826/2015, 58/2016, 59/2016, 60/2016, 61/2016, 62/2016, 63/2016, 64/2016, 65/2016, 66/2016, 67/2016 e 68/2016, in attesa della completa applicazione dell'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 772/2015;

che costituisce eccezione al punto precedente l'assegnazione di specifica scheda alla struttura (per ora) semplice Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, in quanto conformemente all'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 772/2015 – non è più articolazione interna della nuova SC Medicina Interna, ma struttura autonoma, destinata a diventare struttura complessa;

RITENUTO

di attribuire gli obiettivi per l'anno 2016 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici a valenza dipartimentale, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l'anno 2016 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 a valenza 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 2016 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, sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

RITENUTO

di collegare al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione della retribuzione di risultato anno 2016 al personale della Dirigenza Medica e Veterinaria ed alla Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, secondo i criteri di cui agli accordi recepiti con il provvedimento n. 2136/2006, n. 800/2010 e n. 803/2010 e s.m.i.;

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

DELIBERA

per tutto quanto in premessa indicato:

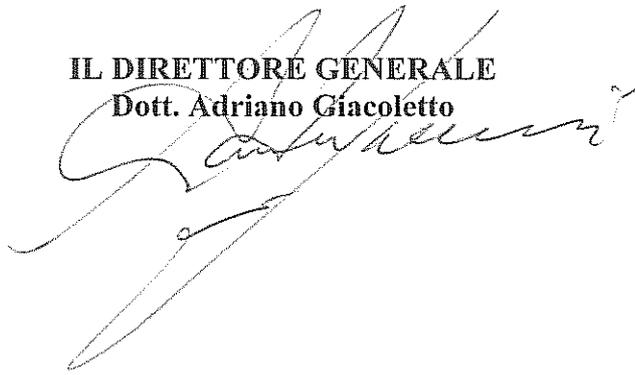
1. **di attribuire** per l'anno 2016 gli obiettivi ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e Strutture Semplici a valenza dipartimentale, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale;
2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;
3. **di dare atto** altresì che tali obiettivi potranno essere implementati/modificati all'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016 da parte della Regione Piemonte, ovvero in sede di completa attuazione dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772/2015;
4. **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 a valenza dipartimentale;
5. **di stabilire** che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2016 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, sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

6. **di collegare** al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento la corresponsione al personale della Dirigenza Medica e Veterinaria ed alla Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa della retribuzione di risultato anno 2016, secondo i criteri di cui agli accordi recepiti con il provvedimento n. 2136/2006, n. 800/2010 e n. 803/2010 e s.m.i.;
7. **di dichiarare** che il presente provvedimento è improduttivo di spesa sia diretta che indiretta.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Adriano Giacoletto



SEGUE DELIBERAZIONE N. 101 IN DATA 31 MAR. 2016

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° 45 dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;*

I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO

ognuno per la rispettiva competenza

ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE

il Direttore Amministrativo:

dott.ssa Simonetta Rizzolio



il Direttore Sanitario:

dott.ssa Arabella Fontana



ALLEGATO

AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 101 IN DATA 31 MAR. 2016

COMPOSTO DA N. TRECENTOQUARANTAQUATTRO FACCIATE



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		DIRETTORE: Dott. Adriano Giacobletto		100	
STRUTTURA COMPLESSA QUALITA' E COMUNICAZIONE		Responsabile: Dott.ssa Arabella Fontana			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= Budget assegnato anno 2016 pari a € 104.808,46 (Budget assegnato 2015, comprensivo di € 50.000,00 finalizzato alla formazione in tema di salute e sicurezza del lavoro)	Ordinatori di spesa	Report Controllo di Gestione	40
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR	1) RACCOMANDAZIONE 17 - scheda di ricognizione 2) Indicatori previsti nei progetti assegnati alla SC Qualità	1) entro 30/06/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, strutture territoriali di pertinenza	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	10
Promuovere l'adeguamento delle strutture territoriali ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	1) cronoprogramma per adeguamento delle strutture aziendali ai requisiti minimi per l'accredimento previsti dalla DGR; 2) data base centrale per l'archiviazione dei documenti prodotti dalle strutture	1) distribuito alle strutture aziendali entro 30/06/2016 ; 2) raccolta e inserimento in data base entro 31/12/2016	tutte le strutture territoriali s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Monitorare i progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione secondo quanto previsto dall'articolo 6-bis dell'accordo contrattuale	report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS	trimestrale e annuale	s.c Qualità	report	10
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documenti attesi	Peso
Assicurare la stesura in collaborazione con l'OIV del Sistema di Misurazione e Verifica della Performance (SIMiVaP)	predisposizione SIMiVaP	entro il 31/12/2016	strutture di supporto all'OIV	SIMiVaP	*
Promuovere il miglioramento della qualità dei servizi sanitari attraverso il supporto metodologico alla revisione/stesura della documentazione prevista dalla rete oncologica	PDTA, regolamenti, modulistica	entro la tempistica definita dal cronoprogramma delle attività	SC Qualità, Strutture della rete oncologica	PDTA, regolamenti, modulistica	10



Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (§)	Documenti attesi	Peso
Garantire l'adeguamento della documentazione al Manuale di accreditamento Provider rivisto dalla Commissione ECM (marzo 2016)	documenti previsti dal manuale	entro la visita di Audit Regionale	SC Qualità	documenti	10
Collaborare alla riabilitazione in termini di contenuti e tempistica del sistema di reporting dirazionale/crusco	1) Progettazione nuovi report 2) Estrazione reportistica da cruscotto	1) entro 31.5.2016 2) entro 31.12.2016	s.s. Controllo di Gestione, s.c. Sistema Informativo, s.c. Qualità, Distretti, DSM	Report validati	10

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

Il Responsabile di Struttura
Dott.ssa Arabella Fontana



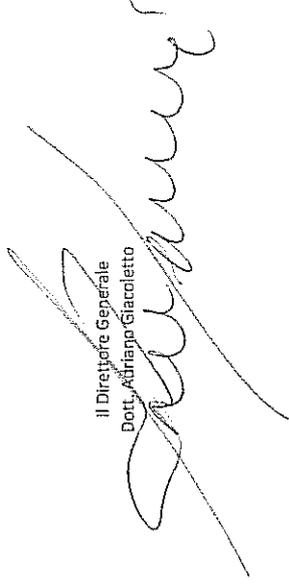
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Drs.ssa Annamaria Rizzollo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




DIPARTIMENTO IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		DIRETTORE: Dott. Adriano Giacioletto		100
STRUTTURE: s.c. S.S.EPI		RESPONSABILE: Dott.ssa Arabella Fontana		

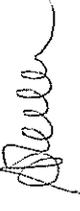
Obiettivo di piano: Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documentazione attesa	Peso
Collaborare con Seremi ASL AL alla stesura di un piano di lavoro (chi fa che cosa) del SSEPI e alla successiva attuazione	1) Piano annuale; 2) attuazione del piano approvato da Regione	1) entro 31 maggio 2016 (stesura e invio a Direzione Sanità); 2) entro 31/12/2016	SSEPI	Piano	25
Avviare la sorveglianza PASSI d'argento (coordinatore Dott. Bestagini)	Cronoprogramma; n. interviste effettuate/programmate per l'ASL NO	entro 31.5.2016; secondo programma regionale	UVOS	Relazione	25
Garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto).	Indicatori previsti dalla Regione	standard prefissati dalla Regione	UVOS	report	25

Obiettivo di piano: Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documentazione attesa	Peso
Aggiornare pubblicazione on line "immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/11/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;	SSEPI SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT, UVOS	Schede revisionate e pubblicate	

Obiettivo di piano: Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documentazione attesa	Peso
Predisporre il capitolo "contesto" della relazione socio-sanitaria aziendale ampliando indicatori utilizzati nel 2015 e rendendo più evidente il collegamento con attività rendicontate nei capitoli successivi della relazione	Un documento che descrive struttura del capitolo contesto evidenziando flussi informativi e/o indicatori nuovi rispetto a 2015 e collegamenti con attività rendicontate in capitoli successivi	Al 31/12/2016 1 documento trasmesso alla Direzione aziendale	SSEPI; s.c. Qualità e Comunicazione	Nuova struttura capitolo contesto utilizzabile per relazione socio-sanitaria 2017	25

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

Il Responsabile di Struttura
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacioletto




STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		DIRETTORE: Dott. Adriano Giacoleito	100
STRUTTURA: S.C. Nucleo operativo per la tutela della salute e gestione e la sicurezza in azienda		Responsabile: Dott.ssa Rosanna Fortuna	

Obiettivi Tecnici e di Risultato			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Semplificazione delle operazioni di consegna cartella sanitaria ai dipendenti cessati, in fase di restituzione del badge e rispetto delle tempistiche di invio della segnalazione di cessazione/trasferimento a Enti preposti	1) Istruzione operativa che formalizzi le operazioni di avvenuta consegna al dipendente in collaborazione con il servizio Personale; 2) n. operatori "cessati" gestiti con la nuova modalità/totale dei dipendenti "cessati" * 100; 3) n. segnalazione di cessazione/trasferimento a Enti preposti effettuate nei tempi/totale segnalazioni * 100	1) predisposta entro il 30/04/2016; 2) 80% dipendenti cessati; 3) 100%	10
Adeguamento della strutture territoriali ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2265 "Recupero dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità Patrimoniale	20
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	10

Obiettivo di Apprendimento di Rilevanza			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Collaborare in maniera proattiva all'applicazione del DM 19.3.2015 - azioni programmate per l'anno 2016	Partecipazione a incontri mensili con Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio e Responsabile SPP	100%	20
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR	indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo rischi	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura Borgomanero	20



Handwritten signature or initials.

Obiettivi del programma di sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (S)	Documenti attesi	Peso
Revisione procedura accertamento divieto assunzione di bevande alcoliche ad assenza ricoldipendenza secondo nuova D.G.R. 29-2328 del 26.10.15	1) Individuazione modifiche alla procedura 2) Variazione del piano di sorveglianza sanitaria 3) Modificazione degli allegati 4) Nuova procedura	1) entro 30.4.16 2) entro 31.5.16 3) entro 30.6.16 4) entro 30.9.16	S.v.d.r.p. Alcologia; s.c. SPRESAL; s.c. Laboratorio Analisi	delibera o divulgazione del documento	20
Completamento del "progetto di miglioramento della qualità isoriscorsa" (biennale) elaborato con la sc. NTSS e avviato nel 2015	1) programma e contenuti dell'incontro informativo; 2) n. incontri effettuati; 3) n. partecipanti del personale ASL addetto a "mansioni a rischio"/totale personale addetto a "mansioni a rischio" * 100; 4) Aggiornamento opuscolo digitale "Alcol nella vita ... e nel lavoro", pubblicato nella sezione intranet del sito dell'ASL NO	1) entro il 30/04/2016; 2) almeno 3/anno; 3) 30%; 4) aggiornamento e pubblicazione nella sezione intranet entro il 31/12/2016	Alcologia, NTSS	Report con l'indicazione delle date degli incontri effettuati e le firme dei partecipanti a ciascun incontro, caricato sul Cruscotto ASL NO tempestivamente	

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

Responsabile di Struttura
Dott.ssa Rosanna Fontana

Rosanna Fontana

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana

Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacoleto

Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 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 2015. 1C) Lettera di assegnazione degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente o sottoscritto dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; report verifica programmazione orari mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio prevenzione della Corruzione	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e prevenzione della Corruzione	1) Ricaduto della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RfC; 3) relazione accettata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presente Relazione accettata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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/comunicazione del contenuto; 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 prv; 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al fidejussore di Valutazione, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	INFORMAZIONE: 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 200/totale operatori della struttura * 100) (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; ALS); n. operatori formati/totale da formare * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) riunioni relative ad eventi formativi esternali alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 95%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Tel; Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale dello attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno triennale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifiche credenziali Report filologia azioni PO

Diligente Responsabile
Dott. Rossana Fortuna
Rossana Fortuna



DIRETTORE: Dott. Adriano Giocoletto	100
RESPONSABILE: Dott. Lorenzo Brusca	

Obiettivi Strategici e di Azione			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispetto del budget assegnato	Budget utilizzato 2016	<= Budget assegnato pari a € 7.562.309,95 (budget 2015 utilizzato al 7,3.15) con riduzione - all'avvio della DPC di ausili per incontinenti ex DGR 16-2070 del 7.9.15 - di una quota annua proporzionale al budget utilizzato nel 2015 per presidi per incontinenti (€ 1.650.070,34)	Med. Legale - Strutture D. Amm. Vo - Strutture D.P. - DIMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Torr. - Integrativa e protesi - PROCAE, INTSS, SERT, Strutture DSM
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 5/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della legge 190/2012; 3) entro 31/12/2016	
Collaborare per quanto di competenza all'attuazione del PAT 2016, ed in particolare perseguire gli obiettivi di governo dell'assistenza integrativa e protesica	1) costo netto di assistenza integrativa per mille abitanti/popolazione pesata; 2) costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti (popolazione nussata)	1) riduzione del 7% nel 2016 vs 2014; 2) riduzione del 2% nel 2016 vs 2014	AIP, Distretti

Obiettivi Strategici e di Azione			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Identificare e applicare i criteri di appropriatezza per la prescrizione di ausili per la posizione seduta con riferimento ai sistemi posturali, in attesa delle nuove direttive regionali	1) identificazione criteri condivisi e delle istruzioni operative per l'applicazione; 2) N° prescrizioni erogate senza i criteri di appropriatezza/ totale prescrizioni erogate * 100	1) entro il 30/04/2016 e avvio dal 01/05/2016, < 2%	SSD assistenza integrativa e protesica, SSD RRF
Identificare e applicare i criteri di appropriatezza per la prescrizione di stomie	1) identificazione criteri condivisi e delle istruzioni operative per l'applicazione; 2) N° prescrizioni erogate senza i criteri di appropriatezza/ totale prescrizioni erogate * 100	1) entro il 30/04/2016 e avvio dal 01/05/2016, < 2%	SSD assistenza integrativa e protesica, sc Farmacia Ospedaliera



Il Responsabile di Struttura
Dott. Lorenzo Brusca
Lorenzo Brusca

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana
Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo
Simona Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giocoletto
Adriano Giocoletto

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa;</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 2015.. 2) predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016;</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>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) fluidità della verifica annuale;</p> <p>2) Partecipazione a incontri semestrali con RUC;</p> <p>3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100%;</p> <p>2) partecipazione >= 1 incontro;</p> <p>3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale</p> <p>Verballi incontri - report presenze</p> <p>Relazione accorpata</p>
	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, non attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppy 3) In incontri per monitorare obiettivi, valutare sostanzamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al fluco di Valutazione, 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 separazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO..</p> <p>3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 2) lavoro in partecipazione ai corsi dell' emergenza (BUS-D; PRLS; "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) flurioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 100%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativa Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revoca credituali</p> <p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report testo verifica credituali</p> <p>Report riepilogativo azioni FO</p>

Il Dirigente Responsabile
Dott. Lorenzo Egusa
Lorenzo Egusa

[Handwritten signature]



STRUTTURA: STAFF	DIRETTORE: Dott. Adriano Giacoleto	100
STRUTTURA: SITRA	RESPONSABILE : Dott.ssa Marinella Alberghetti	

Obiettivi economici di Attività (addebito a cura dell'Amministrazione secondo il Rapporto Strutture)				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (§)	Peso
Nell'ambito delle attività di monitoraggio della turnistica e degli orari di lavoro, uniformare gli orari del medesimo servizio nei vari distretti (es. ADI, Cure palliative)	1) report su servizi che presentano differenze di orario e azioni correttive; 2) planning orari di lavoro	1) primo report entro 30 giugno, condiviso con Direttori delle strutture interessate; secondo report entro 31/12/2016; 2) nel rispetto della Legge 161 del 30.10.14	SITRA, Distretti	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, strutture territoriali di pertinenza	10
Collaborare per gli aspetti di competenza alla realizzazione dei progetti 1) di riorganizzazione delle attività di sala operatoria, 2) del percorso nascita d'intesa con consultori e ACU Maggiore di Novara, 3) delle cure palliative e domiciliari 4) sviluppo rete oncologica	progetti: sale operatorie, percorso nascita interaziendale, rete delle cure palliative, sportello CAS presso Centro Cure Primaria	aggiornati entro il 31/12/2016 da 1) strutture chirurgiche e anestesia; 2) Ostetricia Ginecologia, Consultori ASL; approvato da DS ACU e ASL NO 3) Distretti e DS, UOCP 4) entro 31.12.16	SITRA, 1) strutture chirurgiche, Anestesia e Rianimazione; 2) ostetricia e Ginecologia, Consultori; 3) Distretti, Direzione Sanitaria, UOCP 4) Oncologia Distretti MMG	20

Obiettivi Appropriatazza (cellula)				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (§)	Peso
Migliorare per quanto di competenza l'appropriatezza d'uso di gruppi di dispositivi medici utilizzati in azienda	1) definizione criteri di appropriatezza d'uso per "gruppi omogenei" di dispositivi; 2) Proposta corso FAD	1) Entro il 31/12/2016 2) entro 2016	Farmacia Ospedaliera, SITRA; tutte le strutture Aziendali	10
Uniformare l'uso della modulistica degli Ambulatori Distrettuali e del CAP attraverso l'adozione della "scheda individuale dell'assistito"	1) definizione scheda 2) implementazione scheda 3) n° schede individuali/n° pazienti * 100%	1, 2 Jentro 31/05/2016 3) 60%	SITRA; Sedi Distrettuali; CAP	*
Migliorare per quanto di competenza l'esecuzione (dei prelievi ematici e la raccolta dei campioni biologici in azienda	1) Istruzioni operative per l'esecuzione dei prelievi ematici e la raccolta dei campioni biologici redatte/aggornate 2) incontri informativi 3) valutazione non conformità (a campione)	1) Entro 31/05/2016 2) almeno 1 3) effettuata	Laboratorio Analisi, SITRA tutte le strutture Aziendali	10



Handwritten notes and signatures:
 - A large handwritten 'R' at the top right.
 - A signature 'AM' in the middle right.
 - A signature 'S' below 'AM'.
 - A signature 'D' at the bottom right.

Ospedale Civile "A. Sabini" - Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (\$)	Documenti attesi	Peso
Individuare attraverso un progetto di miglioramento la fattibilità di applicare un sistema operativo informatico per la gestione della turnistica, delle presenze e delle assenze in linea con i diritti contrattuali e le normative vigenti	1) Individuazione del gruppo di lavoro 2) studio di fattibilità 3) presentazione del progetto	1) entro il 31/5/2016 2) entro il 30/09/2016 3) entro il 31/12/2016	SITRA; CED; Servizio Personale; tutte le strutture ed i servizi dell'Azienda	1) verbale formalizzazione del gruppo 2) Relazione 3) Progetto	10
Individuare attraverso un progetto di miglioramento la fattibilità di applicare un modello organizzativo per intensità di cura	1) Individuazione del gruppo di lavoro 2) Revisione sistematica della letteratura e confronto con alcune realtà nazionali 3) presentazione del progetto	1) entro il 31/5/2016 2) entro il 30/09/2016 3) entro il 31/12/2016	SITRA; tutte le strutture di degenza del Presidio Ospedaliero	1) verbale formalizzazione del gruppo 2) Relazione 3) Progetto	10
Individuare attraverso un progetto di miglioramento uno strumento per la rilevazione del dolore nei pazienti che non possono comunicare	1) Individuazione del gruppo di lavoro 2) Revisione sistematica della letteratura e confronto con alcune realtà nazionali 3) presentazione del progetto	1) entro il 31/5/2016 2) entro il 30/09/2016 3) entro il 31/12/2016	SITRA; Riabilitazione; Neurologia	1) verbale formalizzazione del gruppo 2) Relazione 3) Progetto	20

Il Responsabile di Struttura

Dott.ssa Marinella Alberganti



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana



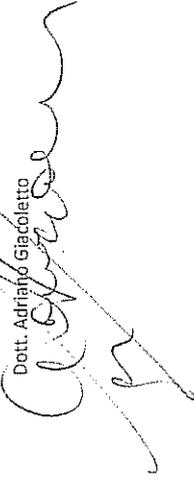
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacoleto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standardi	Documento a teso
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 e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 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 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 2015. 1C) Lettera di assegnazione (degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2)Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report Presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO. 3) almeno 2 Incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo CredMet; Cruscotto ASL NO/Piano della	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BUS-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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 95%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	aggiornabile; applicativo CredMet; Cruscotto ASL NO/Piano della	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

Il Dirigente Responsabile
Dott. Anna Maria Vignani



STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DIRETTORE : D.ssa Simonetta Rizzolio	100
STRUTTURA: S.C.	RESPONSABILE: Dr. Gianluca Corona	

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Monitoraggio rispetto tetti di spesa per il personale	Proiezione annuale costo del personale	Mensile dal 31 marzo 2016	Servizio Personale
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE /1/16 del 19.1.2016	Proposta di scarto	1/bimestre, a partire dal mese di Maggio	AAGG
Processo di valutazione personale del comparto	Documento proposto all'OIV	Entro il 20 maggio 2016	Servizio Personale, Qualità
			verbali OIV e documenti prodotti
			Report
			Report finale
			20
			20
			20

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Adempimenti conseguenti all'adozione del PTPC	Predisposizione e Pubblicazione di tutti i provvedimenti riguardanti i diversi momenti delle procedure relative al conferimento degli incarichi secondo previsioni PTPC art. 9/A	100% Pubblicazioni - 100 % completezza	s.c. Personale - RCP
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med.Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM
			report semestrali - Audit RPTC
			20
			piano della struttura, pubblicazione sul sito aziendale
			20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Attuazione Atto Aziendale	n. di incarichi (di sc /ss/ssd conferiti) / n. incarichi previsti Atto Aziendale	100%	Direzione Sanitaria /Amministrativa
			relazione finale
			20

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

Il Direttore di Dipartimento

Dr.ssa Simonetta Rizzolio

Dr. Gianluca Corona

Il Responsabile di Struttura

Dr. Gianluca Corona

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p> <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>1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità triennale (solo in caso di conferimento incarico semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti per l'anno 2015. 1C) Lettera di assegnazione degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2) predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico semplice o incarico di alta specializzazione) + obiettivi specifici di annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015; indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal Responsabile per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; report verifica 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 3 incontri; 3) entro 31/10/2015</p>	<p>Valutazione annuale Verbal Incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO, . 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report usato verifica credenziali</p> <p>Report riepilogativo azioni PO</p>



IL RESPONSABILE
Dr. Gianluigi Corona

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DIRETTORE : Dr.ssa Simonetta Rizzollo	100
STRUTTURA: S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	RESPONSABILE: Dr. Claudio Teruggi	

Obiettivi contenuti in tabella			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispettare il budget di spesa assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= Budget assegnato anno 2016 pari a € 1.150.194,10 (Budget 2015 assegnato)	Ordinatori di Spesa
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE /16 del 19.1.2016	N. Richieste inviate alla Soprintendenza/h. Richieste ricevute dai servizi compresa AAGG	100%	AAGG
Programma regionale 2016-2018 copertura rischi responsabilità civile, RCT/O	1) Attuazione programma con elaborazione di procedure attuative condivise con strutture interessate 2) Partecipazione riunioni UGR	1) 30.9.2016 ovvero entro 3 mesi da approvazione regionale 2) 100%	AFF. GEN. - MED. LEG. - DMPO - DIP. PREV. - DISTRETTI
Predisposizione rassegna stampa delle novità giuridiche	Rassegna stampa	Anno 2016 n. 12 report	AAGG

Obiettivi Approvati in tabella			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rielaborazione contenuti e tempistica sistema di reporting dirazionale/cruscotto	1) Progettazione nuovi report 2) Invio nuovi report 3) Estrazione reportistica da cruscotto	Proposta STD 1) entro 31.5.2016 2) entro scadenza concordata 3) entro 31.12.2016	5.5. Controllo di Gestione, s.c. Sistema Informativo, s.c. Qualità, Distretti, DSM
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med. Legale - Struttura D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesta - PROCAL, NTSS, SEIT, Struttura DSM

Obiettivi di programmazione 2016			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Adempimenti propedeutici alla procedura di dematerializzazione degli atti	1.) Costituzione gruppo di lavoro ex deliberazione 769/2015 2.) Proposta titolaria classificazione	1.) Entro 31 maggio 2016 2.) Entro 31 dicembre 2016	AFF. GEN. - SERV. INFORMATICO - DMPO - DIP. PREV. - DISTRETTI
Gestione DURC applicata alle convenzioni	Applicazione manuale	entro 30.4.2016	AFF. GEN. SEF

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

Il Direttore di Dipartimento

Dr.ssa Simonetta Rizzollo

Il Responsabile di Struttura

Dr. Claudio Teruggi

Il Direttore Sanitario

Dr.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Simona Rizzollo

Il Direttore Generale

Dot. Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione, ai dirigenti con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 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 conferimento incarico nel corso dell'anno 2016 + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>1) entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 3 incontri; 3) entro 31/10/2015</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata</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; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'Identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.C. Qualità per indicare il nominativo nel Cruscotto ASI. NO, 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata</p> <p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali partecipanti</p>
	<p>1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (ALS-D; PBL); 3) 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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>		<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI</p>	<p>Verifica annuale dalle attribuzioni e reverse crediti Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica crediti Report riepilogativo azioni PO</p>

IL RESPONSABILE

 Dott. Claudio Ferrero



STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DIRETTORE : D.ssa Simonetta Rizzolo	100
STRUTTURA: S.C. Sistema Informativo	DIRETTORE: Dr.ssa Luisella Cendron	

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Ripetto del budget assegnato	Budget utilizzato 2016	<= Budget assegnato pari a € 630.000 (Budget 2015 assegnato)	Ordinatori di spesa
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE V/16 del 19.1.2016	Proposta di scarto alla s.c. AA.GG.	1 entro 30.6.2016	AA.GG.
Adeguamento sistema informativo SIMT ai fini della corretta alimentazione dei flussi e della rispondenza alle disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.	Analisi situazione attuale e progetto di adeguamento Attivazione soluzione	Entro 31.05.2016 Entro 31.12.2016	SIMT

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med.Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAR, NTSS, SERT, Strutture DSM
Adempimenti conseguenti all'adozione del PTPC	Valutazione adeguatezza sito web rispetto alle caratteristiche editoriali di legge Informatizzazione dei processi e accesso telematico ai dati	entro 31 ottobre entro 31 marzo	s.c. Servizio Informativo - RPC s.c. Servizio Informativo - RPC
Rilaborazione contenuti e tempistica sistema di reporting direzionale/cruscotto	1) Progettazione nuovi report 2) Invio nuovi report 3) Estrazione reportistica da cruscotto	1) entro 31.5.2016 2) entro scadenza concordata 3) entro 31.12.2016	s.s. Controllo di Gestione, s.c. Sistema Informativo, s.c. Qualità, Distretti, DSM

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con i referti di Laboratorio	Attivazione soluzione	entro 30.06.2016	DMPO - Laboratorio Analisi
Coordinamento progetto SIRPED di attuazione delle previsioni del DM 2 novembre 2011 per la gestione in dematerializzata del ciclo di vita della prescrizione di specialistica ambulatoriale	Conclusione dematerializzazione	Nel rispetto delle scadenze regionali	S. Inf e prescrittori di specialistica ambulatoriale

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



Il Direttore di Dipartimento
Dr.ssa Simonetta Rizzolo

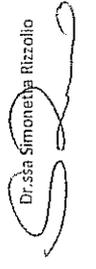
Il Direttore di Struttura
Dr.ssa Luisella Cendron



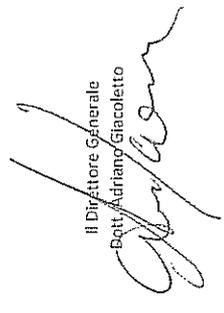
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice e al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 2) Adestione 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 specializzazione, 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 2015. 1C) Lettera di assegnazione degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2) predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 3 incontri; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 prv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare accostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al (studio di) Valutazione, 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.c. Qualità per inscrivere il nominativo nel Cruscotto ASI, NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 80%; 3) 90%; 4) entro un mese della partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet, posta elettronica aziendale, applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE

Dr. ssa *Stella Centon*

Stella Centon

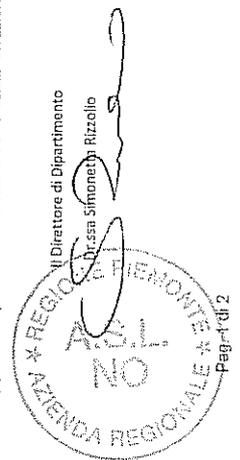
STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DIRETTORE: D.ssa Simonetta Rizzollo	100
STRUTTURA: S.C. Provveditorato Economato	DIRETTORE: Dr.ssa Antonella Valsesia	

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (€)	Documenti attesi	Peso
Ripetto del budget assegnato	Budget utilizzato 2016	Budget assegnato € 18.561.587,70 (Budget utilizzato al 7.3.16 2015)	Strutture Dipartimento Amm.vo	Report Controllo di Gestione	40
Attuare, per le parti di competenza, il programma di approvvigionamento di beni e servizi delle aziende afferenti all'AC 3, di cui alla deliberazione ACU Maggiore della Carità n. 685 del 6.11.2015 o ulteriori provvedimenti	1) Gare indette/Gare da indire 2) Gare concluse/Gare da concludere	1) 100% 2) 100%	s.c. Provveditorato	Relazione/Report	20
Attuazione, per le parti di competenza, degli adempimenti di cui alla deliberazione 819 del 21/12/2015 "Approvazione piano investimenti 2016- Adempimenti conseguenti ai percorsi attuativi di certificabilità"	1) procedure attivate/ Totale procedure individuate e richieste entro il 30.6.15 dalle strutture proponenti con priorità Indifferibile e Alta e totale procedure individuate e richieste entro il 30.9.15 con priorità media	100%	s.c. Provveditorato, s.c. Tecnico Patrimoniale	Relazione/Report	10
Definizione, con i servizi interessati, del programma di approvvigionamento aziendale 2016 in base a nuove norme in materia di acquisti	Report	31.5.2016	STP, DMPO, FO, FT, Integrativa e Protetica	Report	15
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE /16 del 19.1.2016	Verbale di scarto	1/bimestre, a partire dal mese di Maggio	AAAG	Report finale	5

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (€)	Documenti attesi	Peso
Monitoraggio degli indicatori previsti dal PTPC Art. 9/G	entro il 31.12.2016 su dati 2016 a disposizione		s.c. Tecnico Patrimoniale - s.c. Provveditorato Economato - RCP	report	2,5
Adempimenti conseguenti all' adozione del PTPC	Anno 2016 - Volume acquisiti in economia / Totale volumi acquisiti	- 10% rispetto al 2012	s.c. Tecnico Patrimoniale - s.c. Provveditorato Economato - RPC	report annuale	2,5
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med.Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protetica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM	piano della struttura, pubblicazione sul sito aziendale	5

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (€)	Documenti attesi	Peso
Definizione organigramma e competenze della s.c. Servizio Tecnico-Patrimoniale di cui all'atto aziendale di cui alla deliberazione DG n. 772/2015	Organigramma e competenze condivise	Entro 30.6.2015	SEP- STP	Organigramma con competenze	*

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



Il Direttore di Struttura
Dr.ssa Antonella Valsesia

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzollo

Il Direttore Generale
Dr. Giorgio Giacometti

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 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 2015. 1C) Lettera di assegnazione degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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 TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) risultato della verifica annuale; 2) partecipazione o incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 3 incontri; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - Report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di 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 controllo ppy 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Ufficio di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO.; 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (RLS-D; PALS; "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterne alla struttura con indicazione dei partecipanti/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno 170%; 2) 50%; 3) 50%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dell'Azienda per la comunicazione (internet, posta elettronica aziendale); applicativo Cred/Ref, Cruscotto ASL</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica crediti Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore



STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	DIRETTORE : D.ssa Simonetta Rizzolio	100
STRUTTURA: S.C. Tecnico patrimoniale	DIRETTORE: Arch. Silvano Bonelli	

Obiettivo Economico di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Ripetto del budget assegnato	Budget utilizzato 2016	<= Budget assegnato pari a € 9.700.650,90 (Budget 2015 assegnato)	Strutture Dipartimento Amm.vo
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE /16 del 19.1.2016	Verbale di scarto	1/bimestre, a partire dal mese di Maggio	AAGG
Definizione programma di lavori aziendale 2016 e programma di approvvigionamento anno 2016 per quanto di competenza	1) Programma dei lavori 2) programma approvvigionamento	1) entro il 30.4.2016 2) entro il 15.5.2016	Tutte le strutture aziendali
Ricognizione patrimonio immobiliare e locazioni passive ASL NO con individuazione dei beni da eventualmente dismettere e/o rendere disponibili e conseguente attivazione delle procedure di vendita.	1) Ricognizione locazioni passive 2) Individuazione immobili per passaggio beni disponibili 3) Attivazione procedure presso la Regione Piemonte	1) 100% locazioni passive in essere 2, 3) 75% elenco inventario	STP
			Relazione/report
			Report
			Report finale
			Report Controllo di gestione
			Documenti attesi
			Peso

Obiettivo di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM
Applicazione DM 19.3.2015 per anno 2016	Partecipazione a incontri mensili con Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio e Reposabile SPP	100%	SPP-STP
Adempimenti conseguenti all' adozione del PTPC	Monitoraggio degli indicatori previsti dal PTPC Art. 9/G Anno 2016 - Volume acquisiti in economia / Totale volumi acquisiti	entro il 31.12.2016 su dati 2016 a disposizione - 10% rispetto al 2012	s.c. Tecnico Patrimoniale - s.c. Provveditorato Economico - RCP s.c. Tecnico Patrimoniale - s.c. Provveditorato Economico - RCP
			Documenti attesi
			piano della struttura, pubblicazione sul sito aziendale
			Verbal di incontri
			report
			report annuale
			Peso

Obiettivo di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Definizione procedura/regolamento per acquisizioni in economia presso fornitori aziendali locali	Procedura condivisa con SEP e DMPO	Entro 31.5.2016	SEP, DMPO
Definizione organigramma e competenze della s.c.	Organigramma e competenze condivise	Entro 30.6.2016	SEP- STP
Servizio Tecnico-Patrimoniale di cui all'atto aziendale di cui alla deliberazione DG n. 772/2015			Organigramma con competenze
			Documenti attesi
			Procedura/regolamento
			Peso

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



Il Direttore di Struttura
D.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore di Dipartimento
D.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
D.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacchetto

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione e al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 1C) Lettera di assegnazione degli obiettivi specifici al personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa. 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione ai incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 3 incontri; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenza Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL MO relativamente a tale obiettivo, tramite posta elettronica del referente con lettera di identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppy 3) n. incontri per il monitoraggio obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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 di controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. Cruscotto ASL NO. 1, almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL MO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorita la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica crediti Report riapogativo azioni PO



STRUTTURA: DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO		DIRETTORE: D.ssa Simonetta Rizzolio		100	
STRUTTURA: S.C. Servizio Economico Finanziario		DIRETTORE: Dr.ssa Barbara Buono			
Obiettivi e priorità di attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE /16 del 19.1.2016	Proposta di scarto alla s.c. AA.GG.Aagg	1 entro 30.6.2016	AAGG	Report finale	15
Monitoraggio periodico costi/ricavi aziendali	Report costi/ricavi, Relazioni per Direzione	Trimestrale	SEF, Controllo di gestione, SINF	Report/Relazioni	40
Obiettivi e priorità di attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adempimenti conseguenti all'adozione del PTPC	Publicazione integrale del Bilancio di esercizio (Legge 28 dicembre 2015, n. 208)	entro 60 gg approvazione	s.c. SEF - RPC	comunicazione avvenuta pubblicazione	15
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Redazione del piano della struttura 2) Pubblicazione	1) entro 30/09/2016 2) rispetto dei tempi prescritti	Med.Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM	piano della struttura, pubblicazione sul sito aziendale	15
Verifica corretta apposizione CIG	Fatture elettroniche controllate	100%	SEF - Ordinatori di spesa	Report	15
Obiettivi e priorità di attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Studio fattibilità adeguamento applicativo contabile alla gestione DURC e stesura manuale per Centri Ordinatori di spesa	Predisposizione e divulgazione manuale a mezzo posta elettronica	Entro il 31 marzo 2016	Tutti i Centri Ordinatori di spesa	Copia Manuale e relativa nota di trasmissione	*

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

Il Direttore di Dipartimento
Dr.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore di Struttura
Dr.ssa Barbara Buono

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzolio

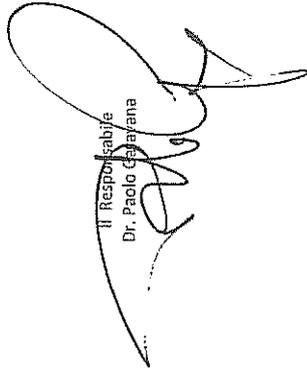
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto



STRUTTURA: Trasparenza e Anticorruzione	DIRETTORE : Dott. Paolo Garavana	0
---	----------------------------------	---

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attuazione Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Organizzazione incontri con strutture aziendali	4 incontri trimestrali Dip. Amministrativo - 2 incontri semestrali con altri dipartimenti aziendali	RPC	verbali incontri	
Monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione attraverso il cruscotto direzionale	Rilevazioni periodiche attraverso il cruscotto direzionale Relazione finale	31 maggio, 15 settembre 15 novembre 15 dicembre o eventuali termini ANAC	RPC	Relazioni e prospetto ANAC	
Monitoraggio implementazione Clearò	Rilevazioni periodiche	30 aprile 30 giugno 30 settembre	RPC	Sintetica relazione	

Il Responsabile
Dr. Paolo Garavana



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giocolletto

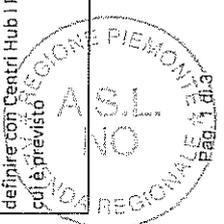



Dipartimento D.M.P.O.	DIRETTORE : dott. Daniela Kozel	100
STRUTTURA: Direzione Medica PP.OO.	RESPONSABILE : Dott.ssa Daniela Kozel	

Obiettivo Economico Qualitativo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispetto del budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= Budget assegnato anno 2016 pari a € 2.968.205,18 (pari al budget 2015 utilizzato al 7.3.16)	Ordinatori di spesa
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med.Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM
Promuovere con il programma triennale di donazione organi e tessuti l'attività di donazione	1) Definizione Programma triennale 2016-2018 2) indicatori previsti nel programma triennale donazione organi e tessuti	1) deliberazione Programma 2016-2018 2) secondo standard definiti	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; s.c. IMCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia

Obiettivo Approvazione Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR: 1) elaborare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e monitorarne l'attuazione; 2) aggiornare la procedura del Consenso Informato e revisione schede informative del 2007/2011; 3) promuovere l'applicazione della raccomandazione 17; 4) monitorare indicatori ospedalieri PNE	1) programma e indicatori per la prevenzione e controllo ICA 2) procedura revisionata 3) verifica dell'uso da parte delle strutture ospedaliere della scheda di ricognizione predisposta da UGR 4) report indicatori PNE	1) programma e reportistica entro scadenze regionali 2) deliberata da Direzione Generale entro 31/12/2016 3) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 4) divulgato semestralmente alle strutture ospedaliere e alla Direzione Generale	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero
Promuovere la riorganizzazione delle strutture del P.O. di Borgomanero comprese nella Rete Oncologica Piemontese secondo le indicazioni della DGR 51-2485 del 23/11/2015 e definire con Centri Hub i PDTA di area relativi alle neoplasie per cui è previsto	1) CAS, PDTA aziendali, regolamenti, modulistica 2) numero PDTA aggiornati/numero PDTA *100 3) numero PDTA area conclusi/numero PDTA di Area attesi*100	1) aggiornati ed approvati da DMPO entro la tempistica definita dal cronoprogramma delle attività 2) 100% 3) Almeno 50%	Relazione SC Qualità, Strutture della rete oncologica

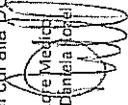
Handwritten signatures and initials.



Obiettivi di innovazione e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Definizione procedura per acquisizioni in economia presso fornitori aziendali	Procedura condivisa con SEP e DMPO	Entro 31.5.2016 validato da DA	SEP, DMPO	Procedura	10
Collaborazione al progetto SIRPED di attuazione delle previsioni del DM 2 novembre 2011 per la gestione in dematerializzata del ciclo di vita della prescrizione di specialistica ambulatoriale	avvio dematerializzazione della prescrizione	nel rispetto delle scadenze regionali	S. Inf, DMPO, Distretto e prescrittori di specialistica ambulatoriale	relazione	20
Standardizzare formato Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO)	Elaborazione formato standard Lettera di dimissione Ospedaliera	entro 31/12/2016	DMPO/SSCC,SSD,S.Inf	Formato standard LDO	10

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

Il Direttore Medico
Dott.ssa Daniela Foglietti



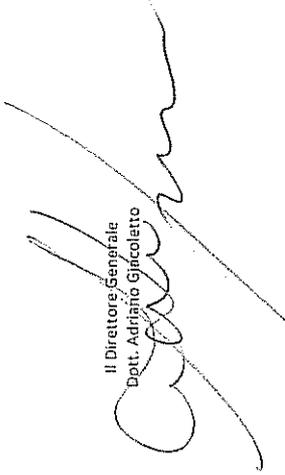
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



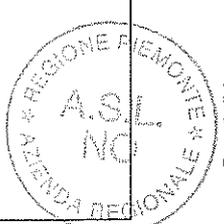
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Circoletto



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 con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio delle risorse finanziarie ed umane	<p>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</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 specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL MO relativamente a tale obiettivo; 3) identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma p.p.v. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL MO, almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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'ASL MO 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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet, posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p>	<p>Report esito verifica credenziali</p>
		<p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Dirigente
 Dott.ssa Daniela Crisci



STRUTTURA: DMPO	Responsabile: dott.ssa Daniela Koziel	100
STRUTTURA: S.S.D. Psicologia Clinica	Responsabile: dott.ssa Daniela Koziel	

Obiettivi Economici ed Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Offrire in maniera uniforme l'attività psicologico-clinica a supporto delle strutture aziendali dell'ASL NO, in modo da rispondere ai bisogni articolati e complessi di utenti ed operatori delle relative strutture	planning delle attività per DEA, nefrologia/dialisi, Oncologia, UOCP, CAP	validato da DMPO e Distretti	SSD Psicologia
Implementazione prenotazione della prima visita tramite CUP/Call Center	Apertura Agenda su Programma CUP	Entro 30 Giugno	Psicologia e DMPO
			Documenti attesi
			piano di lavoro
			Lettera di avvio delle prenotazioni a CUP
			Peso
			30

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Ottimizzare il percorso della consulenza psicologica nell'intervento di Gravidanza nelle pazienti in carico alla S.C. Ostetricia e Ginecologia	Procedura condivisa tra Psicologia e S.C. Ostetricia e Ginecologia e DMPO	Entro il 31/12/2016	Psicologia e S.C. Ostetricia e Ginecologia e DMPO
			Documenti attesi
			Procedura
			Peso
			30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Azioni propedeutiche per l'attivazione SSD Psicologia in attuazione all'Atto Aziendale	programma attività della nuova struttura per l'anno 2017	entro 31/12/2016	SSD Psicologia, Serv. Personale
			Documenti attesi
			progetto
			Peso
			40

Il Direttore Medico
Dott.ssa Daniela Koziel

Il Responsabile della Struttura
Dott.ssa Daniela Koziel

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacchetto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice; 2) adozione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, specifici obiettivi di rendicontazione al Dirigente e sottoscritte di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 1. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di lavoro orari di lavoro di programmazione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi al Dirigente e sottoscritte di raggiungimento obiettivi per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di 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 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione esterna	SISTEMA INFORMATICO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL)	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20) /totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale operatori formati/totale da formare * 100; 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica crediti



2

2

5

Il Responsabile
Dott.ssa Daniela Cozzi

Dipartimento D.M.P.O.	DIRETTORE : dott. Daniela Koziel	100
STRUTTURA: Farmacia Ospedaliera	Direttore: Dott.ssa Loredana Donetti	

Obiettivi Economici di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispetto del budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= Budget assegnato anno 2016 pari a € 16.182.591,33 (Budget utilizzato al 7.3.16 2015)	Ordinatori di spesa
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM
Esercitare un'azione di <i>governance</i> sui consumi ospedalieri e sui consigli terapeutici alla dimissione da ricovero, ambulatorio o pronto soccorso di gruppi di farmaci con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica del territorio	1) Monitoraggio consigli terapeutici da Strutture ospedaliere dell'ASL NO; 2) report su spesa farmaceutica ospedaliera per altospedienti (IPP, stamine, biosimilari, EBPM)	1) su campione mensile di cartelle 2) mensile, trasmesso a strutture, CFI e Direzione Generale	F.O. / F.T. relazione

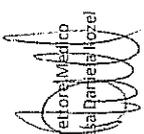
Obiettivi di Appropriazione e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Migliorare l'appropriatezza d'uso di gruppi di dispositivi medici utilizzati in azienda	1) definizione criteri di appropriatezza d'uso per "gruppi omogenei" di dispositivi; 2) Proposta corso FAD	1) Entro il 31/12/2016 2) entro 2016	SITRA; tutte le strutture Aziendali
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero 1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016

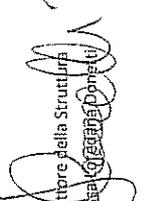


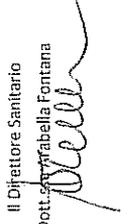
Handwritten signatures and initials, including a large signature and several smaller ones.

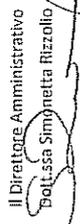
Obiettivi di Iniziazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Sperimentare la gestione della richiesta di medicinali da parte delle RSA con collegamento al sistema informativo aziendale	1) individuazione/coinvolgimento di 2 RSA 2)avvio sperimentazione 3)valutazione sperimentazione e proposta finale	1) entro 30-04-2016 2) entro 31-07-2016 3) entro 31-12-2016	CED, FO	1) verbale 2) documento avvio 3) relazione finale	20

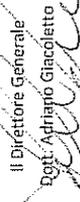
Si richiede la scrupolosa osservanza delle disposizioni contenute nelle normative di riferimento per l'ambito disciplinare in questione, in mancanza della quale il punteggio globale potrà subire una decurtazione fino a 20 punti.
 (*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.


 Il Direttore Medico
 Dott. Daniela Hozel


 Il Direttore della Struttura
 Dott. Lisa Donatelli


 Il Direttore Sanitario
 Dott. Sabella Fontana

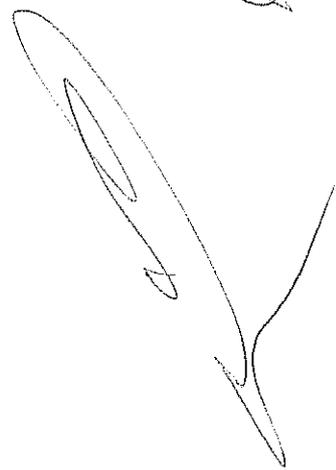

 Il Direttore Amministrativo
 Dott. Lisa Simyetta Rizzolo


 Il Direttore Generale
 Dott. Adriano Giacioletto

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 1. 2)Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbalizzati incontri - report presenze relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 governare la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, MO 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL5, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet, posta elettronica aziendale, applicativo)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, MO)	Ripetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riapporto azioni PD

Il Direttore
Dott.ssa Laura Pignatelli



STRUTTURA: DISTRETTO NOVARA		RESPONSABILE: Dott. Lelio Dall'Osso		100	
DESCRIZIONE ATTIVITÀ					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Rispetto del budget assegnato per l'anno 2016</p> <p>1° periodo della L. n. 150 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Budget utilizzato 2016 Distretto di Novara e Specialistiche</p> <p>2) Budget utilizzato 2016 Cure Primarie e Specialistiche</p>	<p>1) <= Budget Distretto di Novara assegnato 2016 pari a € 14.639.599 (budget 2015 assegnato) 2) <= Budget Cure Primarie e specialistiche assegnato 2016 pari a € 36.057.748,64 (pari al budget utilizzato 2015 al netto conti tetto di spesa personale)</p>	<p>Ordinatori di spesa</p>	<p>Report Controllo di gestione</p>	40
<p>1° periodo della L. n. 150 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012, 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D. Amm. vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	5
<p>Pianificare e assicurare l'attività di controllo sulle strutture insistenti sul territorio dell'ASL NO</p>	<p>1) Piano di attività 2) N. sopralluoghi effettuati/N. sopralluoghi richiesti NCRE</p>	<p>1) Entro il 30.4.16 2) 90%</p>	<p>SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM</p>	<p>report PASSI</p>	5
<p>Dare attuazione alle azioni del PAT 2016 di specifica competenza e coordinare le azioni di altri Dipartimenti/servizi territoriali; in particolare perseguire gli obiettivi di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT 2016)</p>	<p>indicatori previsti nel PAT 2016 di cui alla delibera DG 827/50.12.15</p>	<p>standard previsti nel PAT 2016 (allegato)</p>	<p>Distretti, Sert, DSM, DMI, DMPO e Dip Ospedali, Protesica, Dip Prevenzione, F.O., FT</p>	<p>Report</p>	5
DESCRIZIONE ATTIVITÀ					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il-A3.4-D14 programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio cadute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17</p>	<p>1) valutazione rischio cadute nelle RSA 2) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) N° sanzioni/N° casi di inappropriata prescrizione accertata</p>	<p>1) valutazione avviata nel 90% delle RSA 2A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 2B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016;</p>	<p>DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, Distretti</p>	<p>1) Report 2A) schede compilate 2B) relazione criticità emerse;</p>	5
<p>Convocare come Commissione Distrettuale per l'Appropriatezza prescrivita i singoli iperprescrittori (da elenchi regionali) - in particolare di Statine e IPP, per individuare criticità ed azioni correttive</p>	<p>1) N° iperprescrittori che si sono presentati/n. iperprescrittori convocati * 100 2) N° sanzioni/N° casi di inappropriata prescrizione accertata</p>	<p>1) 95% 2) 100%</p>	<p>Distretti</p>	<p>report dettagliato; note di convocazione; verbali incontri</p>	#
<p>Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (inibitori di Pompa Protonica, statine, sartani, Vitamina D</p>	<p>1) "profilo di prescrizione" degli IPP; 2 A) scheda per prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezastimibe) 2B) informativa su appropriatezza d'uso statine</p>	<p>1 e 2A e 2B) condiviso da specialisti e MMG, approvato da Comitato Aziendale MMG, inviata ai MMG entro 30/04/2016</p>	<p>s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliere - Distretti - Prescrittori aziendali ed extra aziendali</p>	<p>1) profilo di prescrizione; 2A, 2B) scheda e verbali</p>	10
<p>Migliorare al sensi della DGR 51-2485 del 25/11/2015 la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali per i pazienti oncologici e coinvolgere i MMG nei principali momenti dei percorsi oncologici</p>	<p>1) progetto attuativo della rete locale cure palliative (territorio ASL NO); ADI-UOCP 2) Informativa su CAS e rete oncologica</p>	<p>1) aggiornato ed approvato da Distretti entro 30/06/2016 2) secondo quanto previsto dal Dipartimento Oncologico</p>	<p>SC Qualità, Strutture della rete oncologica</p>	<p>1) progetto; 2) relazione</p>	15

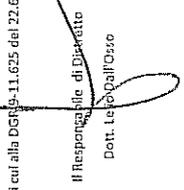


Handwritten initials and a signature in the right margin of the page.

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Dare attuazione alla sperimentazione con IRCCS Veruno sulla gestione del paziente affetto da BPCO (disease management)</p> <p>Attuare la riorganizzazione delle attività amministrative dei Distretti, al fine di uniformarne la gestione, con particolare riguardo alla gestione degli stipendi e alla produzione di specifici report</p>	<p>n. MAG del distretto che hanno inviato almeno un paziente con BPCO/MMG</p> <p>1) uniformare la raccolta dei dati, in modo da produrre modelli omogenei e coerenti nei quattro Distretti per la gestione degli stipendi 2) centralizzazione presso il Distretto di Novara della gestione degli stipendi a) PLS; b) MMG 3) Compilare file predisposto da Controllo di Gestione per la rilevazione dei dati di assistenza territoriale, semi-residenziale o residenziale</p>	<p>>=70%</p> <p>1) entro 31/05/2016 2a) entro il 30/09/2016; 2b) entro il 31/12/2016 3) entro 31/05/2016</p>	<p>Distretto Sud</p> <p>Distretti, Controllo di Gestione, CCPS</p>	<p>report</p> <p>1) relazione; 2) report; 3) report</p>	<p>5</p> <p>10</p>

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

Il Responsabile di Distretto
Dott. Lele Dall'Ozzo



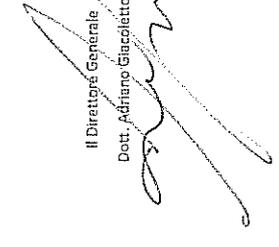
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott. Simona Rizzolo



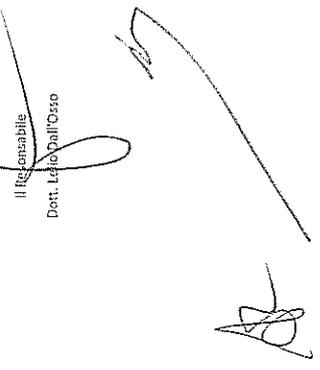
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Cincioletto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV/DP 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: 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</p>	<p>1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione, 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di conseguire con efficienza gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità. TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>3) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Sovra un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbal incontri - report presente Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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/colloquio del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governare la realizzazione e di compilare il Curriculum ASI MD relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma p.pv. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al nucleo di Valutazione, 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 assegnazione, tramite posta elettronica del referente, con lettera contraddistinta dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla f.c. Qualità per inserire il nominativo nel Curriculum ASI MD, . . . 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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 MD per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (ALS; D; PALS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire in partecipazioni ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Crod.net; Curriculum ASI MD/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revoca crediti Aggiornamento del database aziendale per la gestione degli obiettivi (Curriculum ASI MD)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report auto verifica crediti Report rendicativo azioni PO</p>

Il Responsabile
Dott. Lello Dall'Ozzo



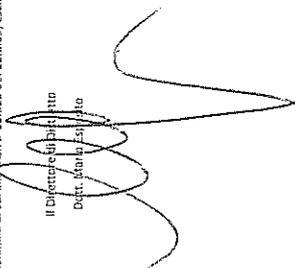

STRUTTURA: DISTRETTO BORGOMANERO		DIRETTORE: Dott. Mario Esposito		100	
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
rispetto del budget assegnato per l'anno 2016	Budget utilizzato 2016	<= Budget assegnato 2016 pari a € 7.000.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	40
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 150 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fine della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1-2) entro 30/09/2016 e che rispettati i criteri della Legge 190/2012; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D. Ann. vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integritativa e protesica - PROCAE, RISS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) STD	5
Pianificare e assicurare l'attività di controllo sulle strutture insistenti sul territorio dell'ASL NO	1) Piano di attività 2) N. sopralluoghi effettuati/N. sopralluoghi richiesti NCRE	1) Entro il 30/4/16 2) 90%	SC RNF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	5
Dare attuazione alle azioni del PAT 2016 di specifica competenza e coordinare le azioni di altri Dipartimenti/servizi territoriali; in particolare perseguire gli obiettivi di collaborazione con gli enti Gestori (Scheda 09 del PAT 2016)	Indicatori previsti nel PAT 2016 di cui alla delibera DG 827/30.12.15	standard previsti nel PAT 2016 (allegato)	Distretti - Sert, DSM, DIMI, DIMPO e Dip Ospedalieri, Professione, Dip Prevenzione, F.O., FT	Report	10
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il-A1-4-14 programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio codute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) valutazione rischio codute nelle RSA 2) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR	1) valutazione avviata nel 90% delle RSA 2A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 2B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016;	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, Distretti	1) Report 2A) schede compilate 2B) relazione criticità emerse;	5
Convocare come Commissione Distrettuale per l'Appropriatezza prescrittiva i singoli iperprescrittori (in elenchi regionali) - in particolare di statine e IPP - , per individuare criticità ed azioni correttive	1) N° iperprescrittori che si sono presentati/n. iperprescrittori convocati * 100 2) N° sanzioni/N° casi di inappropriata prescrittiva accertata	1) 95% 2) 100%	Distretti	report dettagliato; note di convocazione; verbali incontri	5
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (inibitori di Pompa Protonica, statine, sartani, vitamina D	1) "profilo di prescrizione" degli IPP; 2 A) scheda per prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) 2B) Informativa su appropriatezza d'uso statine	1 e 2A e 2B) condiviso da specialisti e MMG, approvato da Comitato Aziendale MMG, inviata ai MMG entro 30/04/2016	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extra-aziendali	1) profilo di prescrizione; 2A, 2B) scheda e verbali; 2) report	10
Migliorare ai sensi della DGR 54-2485 del 23/11/2015 la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali per i pazienti oncologici e coinvolgere i MMG nei principali momenti dei percorsi oncologici	1) Progetto attuativo della rete e delle cure palliative (territorio ASL NO); ADI-UOCP 2) Informativa su CAS e rete oncologica	1) aggiornato ed approvato da Distretti entro 30/06/2016 2) secondo quanto previsto dal Dipartimento Oncologico	SC Qualità, Strutture della rete oncologica	1) progetto; 2) relazione	10



Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti allegati	Pesa
<p>Sviluppare la rete locale delle cure primarie conio attuazione ai progetti previsti dal PAT 2016 (schede allegato 01.07.03)</p> <p>Attuare la riorganizzazione delle attività amministrative dei Distretti, al fine di uniformare la gestione, con particolare riguardo alla gestione degli stipendi e alla produzione di specifici report.</p>	<p>Indicatori previsti nelle schede 01.02.09 del PAT 2016 (allegato)</p> <p>1) uniformare la raccolta dei dati, in modo da produrre modelli omogenei e coerenti nei quattro Distretti per la gestione degli stipendi 2) centralizzazione presso il Distretto di Novara della gestione degli stipendi ai PLS; b) MMG 3) Compilare file predisposto da Controllo di Gestione per la rilevazione dei dati di assistenza specialistica, semi-residenziale e residenziale</p>	<p>standard delle schede 01_02_03 del PAT 2016 (allegato)</p> <p>1) entro 31/05/2016 2a) entro il 30/09/2016; 2b) entro il 31/12/2016 3) entro 31/05/2016</p>	<p>Distretto Nord</p> <p>Distretti, Controllo di Gestione, CCPS</p>	<p>rebbione</p> <p>1) rebbione; 2) report; 3) report</p>	<p>10</p>

(*1) obiettivo preannunciato di cui all'art. 11, comma 1, lett. b) del D.L. 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Distretto
 Dott. Maria Esposito



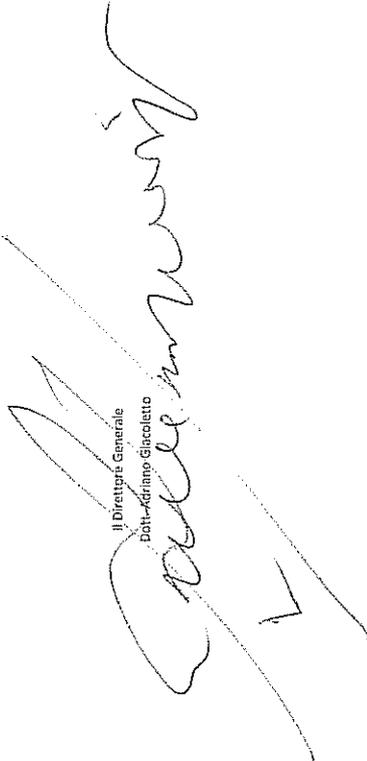
Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
 Dott.ssa Simona Turillo



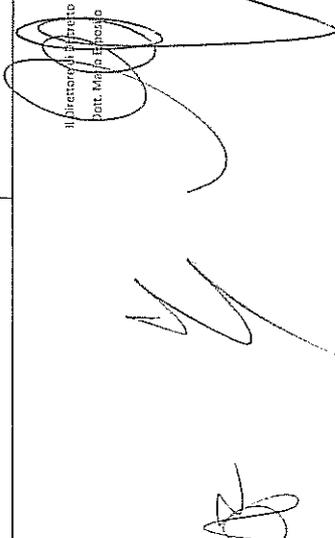
Il Direttore Generale
 Dott. Adriano Giaretto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SECT/SS/Dip AL SEBIS DELL'ART. 27, comma 1.1, CCM 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documentazione attestata
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>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</p>	<p>1A) Lettera di assegnazione, a ciascuna Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) Precedente di variazione di fissato e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2015) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indicata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per metà anno. Trasmissione alla SC. Personale entro il 15/05/2016. 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; report verifica programmazione obiettivi mensile</p>
Capacità di consegnare con efficacia gli interventi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accurata</p>	<p>1) entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Validazione annuale Verbalizzati incontri - report presenza Relazione accurata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, non aritmetica l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tou e verbale attestante la deviazione/rinviamento del comparto. 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di pervenire la realizzazione e di emettere il Consenso ASI NO (relativamente a tale obiettivo, l'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile, stesso con contratto priv. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al nucleo di valutazione, 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 contrfirmata dal responsabile dell'obiettivo, p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Consenso ASI NO. 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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/crediti operatori della struttura * 100 (Scala personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (RLS-D, PRLS, "ALS"); n. operatori formati/corsi convocati * 100 (Scala personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/massale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi/esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>3) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20/crediti operatori della struttura * 100 (Scala personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (RLS-D, PRLS, "ALS"); n. operatori formati/corsi convocati * 100 (Scala personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/massale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi/esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>2) almeno il 70%; 2) 95%; 3) 95%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Intranet, posta elettronica aziendale, applicativo Creditref, Consenso ASI NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocate creditabili</p>	<p>Report del Documento Programmatico per la sicurezza</p>	<p>Report sulle verifiche creditabili</p>
		<p>Aggiornamento del dato base aziendale per la gestione degli obiettivi (Consenso ASI NO)</p>	<p>Almeno trimestrale: in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report tripartite azioni PO</p>

Il Direttore di Settore
Dott. Maria Esposito




STRUTTURA: DISTRETTO AROMA		DIRETTORE: Dott. Paolo Lo Giudice		100		
Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2016		Budget utilizzato 2016	<= Budget assegnato 2016 pari a € 7.354.048,83 (Budget utilizzato anno 2015)	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	40
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"		1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2015 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 (3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Arm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, ISERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito	5
Pianificare e assicurare l'attività di controllo sulle strutture insistenti sul territorio dell'ASL NO		1) Piano di attività 2) N. sopralluoghi effettuati/N. sopralluoghi richiesti NERE	1) Entro il 30.4.16 2) 90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	5
Dare attuazione alle azioni del PAT 2016 di specifica competenza e coordinare le azioni di altri Dipartimenti/servizi territoriali; in particolare perseguire gli obiettivi di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT 2016)		Indicatori previsti nel PAT 2016 di cui alla delibera DG 827/30.12.15	standard previsti nel PAT 2016 (allegato)	Distretti, SerT, DSM, DMil, DMPO e Dip Ospedali, Protesica, Dip Prevenzione, F.O., FT	Report	10
Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'USR, ed in particolare l'A14; D14 programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio cadute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17		1) valutazione rischio cadute nelle RSA 2) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da USR	1) valutazione avviata nel 90% delle RSA 2A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 2B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016;	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, Distretti	1) Report 2A) schede compilate 2B) relazione criticità emerse;	5
Convocare come Commissione Distrettuale per l'Appropriatezza prescrittiva i singoli iperprescrittori (da elenchi regionali) - in particolare di statine e PP -, per individuare criticità ed azioni correttive		1) N° iperprescrittori che si sono presentati/n. iperprescrittori convocati * 100 2) N° sanzioni/N° casi di inappropriata prescrittiva accertata	1) 95% 2) 100%	Distretti	report dettagliato; note di convocazione; verbali incontri	5
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (inibitori di Pompa Protonica, statine, sartani, vitamina D		1) "profilo di prescrizione" degli IPP; 2A) scheda per prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) 2B) informativa su appropriatezza d'uso statine	1 e 2A e 2B) condiviso da specialisti e MMG, approvato da Comitato Aziendale MMG, inviata ai MMG entro 30/04/2016	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliere - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	1) profilo di prescrizione; 2A, 2B) scheda e verbali; 3) report	10
Migliorare ai sensi della DGR 51-2485 del 23/11/2015 la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali per i pazienti oncologici e coinvolgere i MMG nei principali momenti dei percorsi oncologici		1) progetto attuativo della rete locale cure palliative (territorio ASL NO); ADI-UOCP 2) informativa su CAS e rete oncologica	1) aggiornato ed approvato da Distretti entro 30/06/2016 2) secondo quanto previsto dal Dipartimento Oncologico	SC Qualità, Strutture della rete oncologica	1) progetto; 2) relazione	10

(Handwritten signatures and initials)



Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Sviluppare la rete locale delle cure primarie dando attuazione ai progetti previsti nel PAT 2016 [schede progetto 01,02,03]	indicatori previsti nelle schede 01,02,03 del PAT 2016 (allegato)	standard delle schede 01, 02, 03 del PAT 2016 (allegato)	Distretto Nord	relazione	
Attuare la riorganizzazione delle attività amministrative dei Distretti, al fine di uniformarne la gestione, con particolare riguardo alla gestione degli stipendi e alla produzione di specifici report	1) uniformare la raccolta dei dati, in modo da produrre modelli omogenei e coerenti nei quattro Distretti per la gestione degli stipendi 2) centralizzazione presso il Distretto di Novara della gestione degli stipendi a) PLS; b) MMG 3) Compilare file predisposto da Controllo di Gestione per la rilevazione dei dati di assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale	1) entro 31/05/2016 2a) entro il 30/09/2016; 2b) etro il 31/12/2016 3) entro 31/05/2016	Distretti, Controllo di Gestione, CCPS	1) relazione; 2) report; 3) report	10

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

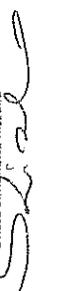
Il Direttore di Distretto
Dr. Paolo Giurdo



Il Direttore Sanitario
Dot.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dot.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale
Dot. Adriano Giacometto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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	1.4) 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. 1.9) Lettere di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) H-redistribuzione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indicata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; 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 TRASPARRENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	3) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con IIPC; 3) Relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) Partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presente Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigente 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 duplice/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitoraggio obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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 controllata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, NO per l'anno in corso (almeno 200/ totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL5, "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazioni del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, relazione, elenco partecipanti
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credituali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Intranet, posta elettronica aziendale, applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI, NO/Piano della Performance Aziendale)	Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report replicativo azioni PO



Il Direttore di Distretto
Dott. Paolo Di Giuseppe

(Handwritten signatures)

STRUTTURA: DISTRETTO GALLIARDE-IMEATE		DIRETTORE: Dott. Francesco Grassioli		100	
Descrizione	Indicatore	Budget utilizzato 2016	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2016	Budget utilizzato 2016	<- Budget assegnato 2016 pari a € 6.595.605,37 (budget 2015 utilizzato)		Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>		<p>Med. Legale - Strutture D. Amm. no - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAC, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>
<p>Planificare e assicurare l'attività di controllo sulle strutture insistenti sul territorio dell'ASL NO</p>	<p>1) Piano di attività 2) N. sopralluoghi effettuati/N. sopralluoghi richiesti NCRE</p>	<p>1) Entro il 30.4.16 2) 90%</p>		<p>SC RNF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM</p>	<p>report PASSI</p>
<p>Dare attuazione alle azioni del PAT 2016 di specifica competenza e coordinare le azioni di altri Dipartimenti/servizi territoriali, in particolare perseguire gli obiettivi di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT 2016)</p>	<p>Indicatori previsti nel PAT 2016 di cui alla delibera DG 827/30.12.15</p>	<p>standard previsti nel PAT 2016 (allegato)</p>		<p>Distretti, Sert, DSM, DMI, DMPO e Dip Ospedalieri, Protesica, Dip Prevenzione, F.O., FT</p>	<p>Report</p>
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il "A14-D14 programma annuale di valutazione e prevenzione dei rischi caduti in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17</p>	<p>1) valutazione rischio caduto nelle RSA 2) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR</p>	<p>1) valutazione avviata nel 90% delle RSA 2A) avvio sperimentazione Trimestrale 1° settembre 2016; 2B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016;</p>	<p>DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero, Distretti</p>	<p>1) Report 2A) schede compilate 2B) relazione critica emerse;</p>	5
<p>Convocare come Commissione Distrettuale per l'Appropriatezza prescrittiva i singoli iperprescrittori (da elenchi regionali) - in particolare di statine e IPP -, per individuare criticità ed azioni correttive</p>	<p>1) N° iperprescrittori che si sono presentati/n. 2) N° iperprescrittori convocati * 100 3) N° sanzioni/N° casi di inappropriatezza prescrittiva accertata</p>	<p>1) 95% 2) 100%</p>	<p>Distretti</p>	<p>report dettagliato; note di convocazione; verbali incontri</p>	
<p>Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulle spese farmaceutica aziendale (inibitori di Pompa Protonica, statine, sortani, vitamina D</p>	<p>1) "profilo di prescrizione" degli IPP; 2) A) scheda per prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) 2B) informativa su appropriatezza d'uso statine</p>		<p>s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extra aziendali</p>	<p>1) profilo di prescrizione; 2A, 2B) scheda e verbali; 3) report</p>	10
<p>Migliorare ai sensi della DGR 51-2485 del 23/11/2015 la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali per i pazienti oncologici e coinvolgere i MMG nei principali momenti dei percorsi oncologici</p>	<p>1) progetto attuativo della rete locale cure palliative (territorio ASL NO): ADI-UOCP 2) informativa su CAS e rete oncologica</p>	<p>1) aggiornato ed approvato da Distretti entro 30/06/2016 2) secondo quanto previsto dal Dipartimento Oncologico</p>	<p>SC Qualità, Strutture della rete oncologica</p>	<p>1) progetto; 2) relazione</p>	15

[Handwritten signatures and initials]



Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peco
<p>Dare attuazione alla sperimentazione con IRCCS Veruno sulla gestione del paziente affetto da BPCO (disease management)</p> <p>Attuare la riorganizzazione delle attività amministrative dei Distretti, al fine di uniformare la gestione, con particolare riguardo alla gestione degli scipendi e alla produzione di specifici report</p>	<p>H. MMG del distretto che hanno inviato almeno un paziente con BPCO/MMG</p> <p>1) Uniformare la raccolta dei dati, in modo da produrre modelli omogenei e coerenti nei quattro Distretti per la gestione degli scipendi</p> <p>2) centralizzazione presso il Distretto di Novara della gestione degli scipendi a) PLS; b) MMG</p> <p>3) Compilare file predisposto da Controllo di Gestione per la rilevazione dei dati di assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale</p>	<p>>=70%</p> <p>1) entro 31/05/2016 2a) entro il 30/09/2016; 2b) eto il 31/12/2016 3) entro 31/05/2016</p>	<p>Distretto Sud</p> <p>Distretti, Controllo di Gestione, CCPS</p>	<p>report</p> <p>1) relazione; 2) report; 3) report</p>	<p>5</p> <p>10</p>

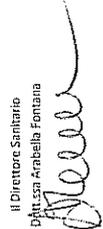
(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

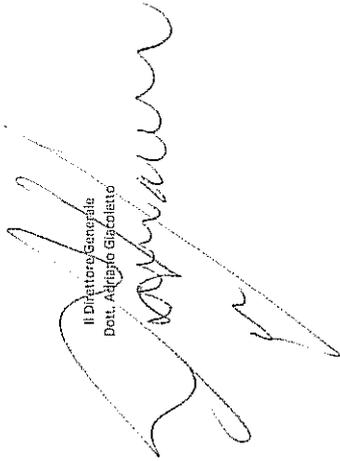
Il Direttore di Distretto
Dr. Francesco Cristofoli

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Jlenia Rizzello

Il Direttore Generale
Dot. Adelfio Giglietto

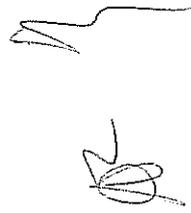






VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SCV/SVD/SP AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio risorse finanziarie ed umane	<p>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 163 del 30.10.14</p> <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>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 2015. 2) Predisposizione di lumenzioni di lavoro e elenchi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p> <p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con ASP; 3) relazione accorpata</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indicata al Dirigente e redatta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC Personale entro il 31/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p> <p>1) entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione orario mensile</p> <p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presente Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OGGETTI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi al dirigente e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/impegno del comparto. 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo, la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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 pp.v. alla S.C. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>Verbale, relazione, elenco partecipanti</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); 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) riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 75%; 2) 90%; 3) 80%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Report tutto verifica credituali</p> <p>Report riieplogiva azioni PO</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Intranet, posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali</p> <p>Aggiornamento del data base attendibile per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report tutto verifica credituali</p> <p>Report riieplogiva azioni PO</p>

Il Direttore di Servizio
Dott. Francesco Gradioli


DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Consumo di beni e servizi	<= anno 2015	tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi report Controllo di Gestione

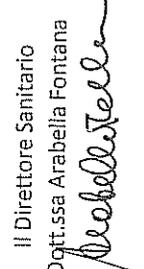
Obiettivi di Appropriatazza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi Report OIV

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	tutte le strutture aziendali
			Documenti attesi Report sc Personale

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri



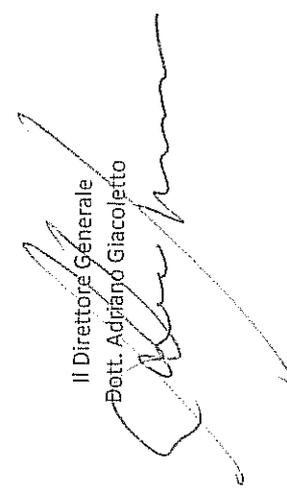
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simpinetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
DIRETTORE: dott. Maurizio Rocchi	
STRUTTURA: s.s.v.f.p. Epifemiosorveglianza Veterinaria RESPONSABILE: dott. Pierangelo Obizzi	
	100

Descrizione	Indicatore	Proposte STD	Strutture coinvolte	Documentazione ritesa	Peso
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (P.L.P.), per quanto di competenza	azioni realizzate/azioni previste nel P.L.P. * 100	>= 90%	strutture coinvolte nel P.L.P.	Rendicontazione del P.L.P.	20
<p>individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NITSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	20

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione ritesa	Peso
Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture Veterinarie coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare	Autovalutazione ai sensi dell'Accordo 48/CSR del 07/02/2013 (DGR Piemonte n. 12-0580 del 30/12/2013)	entro il 31/12/2016	Strutture coinvolte SIAV AREA A SIAV AREA B SIAV AREA C, EPIDEMIOVET	Documentazione attuata Documento di Autovalutazione	40



Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Diffusione e promozione del Piano di Controllo della Paratuberculosis Bovina e Bufalina agli Operatori Della filiera del latte presenti sul territorio dell'ASL No nel biennio 2015 / 2016	Organizzazione di incontri divulgativi; divulgazione e formazione interna; divulgazione esterna	Almeno 2 incontri con operatori del settore	SIAV AREA A SIAV AREA B SIAV AREA C, EPID.VET	relazioni di rendicontazione incontri avvenuti	40

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. *M. P. Roseri*

Il Responsabile di Struttura
Dott. *Pierangelo Obazzi*

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa *Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa *Silvana Rizzello*

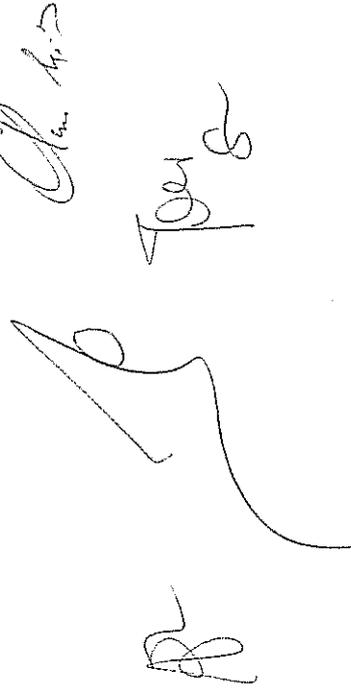
Il Direttore Generale
Dott. *Adriano Giaccopetto*



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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</p> <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>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 2015. 1C) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p> <p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indicata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente, sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione orari mensile</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p> <p>1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; 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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenza Relazione accorpata</p> <p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p> <p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATICO: evidenza di corretto utilizzo dei Sistemi Informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p> <p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica credenziali Report risaplogativo azioni PO</p>

Il Responsabile
Dot. Pierangelo Obezzi




DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri		100	
STRUTTURA: s.c. SIAN		DIRETTORE: dott.ssa Silvana Pitrolo			
Obiettivo di programmazione triennale					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 490 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	30
<p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) e del PAISA, per quanto di competenza</p>	<p>1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste PAISA</p>	<p>1,2) >= 90%</p>	<p>strutture coinvolte nel PLP e PAISA</p>	<p>Rendicontazione del PLP PAISA</p>	
Obiettivo di programmazione triennale					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento del SIAN nell'ambito della sicurezza alimentare</p>	<p>Autovalutazione ai sensi dell'Accordo 46/CSR del 07/02/2013 (DGR Piemonte n. 12-6980 del 30/12/2013) N. audit interni effettuati</p>	<p>entro il 31/12/2016 almeno 1</p>	<p>SIAN</p>	<p>Documento di Autovalutazione Rapporto di Audit</p>	20 10
<p>Aggiornare pubblicazione on line "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"</p>	<p>N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)</p>	<p>Al 31/12/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;</p>	<p>SSEPI SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT</p>	<p>Schede revisionate e pubblicate</p>	10
<p>Collaborazione all'aggiornamento PDTA CELLACHIA</p>	<p>1) PDTA approvato 2) applicazione PDTA 3) raccolta Indicatori come PDTA</p>	<p>1) entro 30/6/2016 2) entro 1/9/2016 3) dal 01/10/2016 al 31/12/2016</p>	<p>SSD Gastroenterologia SC Qualità AIP SIAN</p>	<p>PDTA aggiornati e report Indicatori</p>	10



Handwritten signatures and initials: a large signature at the top, and several initials (including 'S', 'P', 'M', 'G') scattered below.

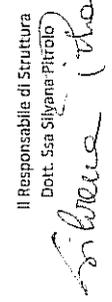
Dipartimento Sanitario					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Proseguimento attività progetto "Follow up e stili di vita in pazienti con progresso tumore mammario e del colon"	Completamento attività secondo anno progetto	Entro 31/12/2016	S.C. Oncologia; SPRESAL;SISP; SIAN	Relazione finale	10
Promuovere, attraverso i distributori automatici, il consumo di snack a basso contenuto calorico e povero di grassi nelle scuole secondarie di II grado della città di Novara	N° di scuole aderenti al progetto/N° di scuole informate sul progetto	> 30%	SIAN	Relazione	10

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

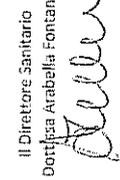
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Rgeri



Il Responsabile di Struttura
Dott. Ssa Silvana Pirolo



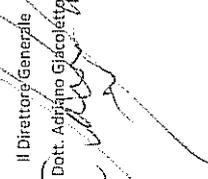
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
D.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto




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

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 2015. 1C) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbal Incontri - report presenza Relazione accorpata
	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 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 pov 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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 (BUS-D; PMS; "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 50%; 3) 50%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
		Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore

dott.ssa Silvana Pitrolo





DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 STRUTTURA: s. s. SISP
 DIRETTORE: dott. Maurizio Rocchi
 DIRETTORE: dott. Anghelo Esposito
 100

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fine della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DIMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAC, NTSS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito	10
Attuare per quanto di competenza i PAT 2016 ed in particolare le attività vaccinali infantili	1) Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base a 24 mesi); 2) Copertura vaccinale nei bambini (MPR 1° dose)	1) 95%; 2) 90%	SISP	Report SISP	20
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	*

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Miglioramento della gestione delle attività di vigilanza relative alla rimozione delle coperture in cemento-amianto (D.G.R. 40-5094 del 18/12/2012) attraverso l'esecuzione di sopralluoghi mirati	Numero sopralluoghi eseguiti/Numero richieste pervenute	almeno il 90%	SISP, SPRESAL	Report finale	10
Aggiornare pubblicazione on line "immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;	SSEI SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT	Schede revisionate e pubblicate	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGH, ed in particolare la valutazione e prevenzione del rischio cadute nelle RSA	Indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo rischi	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DIMPO, Tutte le strutture interessate	relazione	20



Handwritten signature and initials:
 B. Esposito
 M. Rocchi
 P. Perini

Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Garantire la partecipazione alle attività del Comitato Tecnico Regionale (CTR) istituito per la vigilanza sulle aziende a rischio di incidente rilevante.		Numero partecipazioni/Numero convocazioni per riunioni ed ispezioni CTR	almeno il 90%	SISP, SPRESAL	Relazione finale	20
Prosecuzione attività progetto "Follow up e stili di vita in pazienti con pregresso tumore mammario e del colon"		Completamento attività secondo anno progetto	Entro 31/12/2016	S.C. Oncologia; SISP, SPRESAL; SIAN	Relazione finale	10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri

Il Direttore di Struttura
Dott. Angelo Esposito

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacchetti



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 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 2015. IC) Pre-disposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento specifico annuale di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/06/2016; 2) Azienda di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficienza 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 OBBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC; 3) relazione accurata 1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI MO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con conferma p.p.v. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare sostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016 1) Nota, scheda e verbale trasmessi al nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI MO 3) almeno 2 incontri	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accurata Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativa Cred.Net, Cruscotto ASI MO/Piano della Performance Aziendale)	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI MO 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; PALS; *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) Riunioni relative ad eventi formativi: esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credituali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI MO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riabilitativo azioni PO

Il Direttore S.C. SISP
dott. Anello Esposito

[Signature]

[Signature]

[Signature]



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri	
DIREZIONE FF: dott. Anello Esposito	
STRUTTURA: s.c. SPRESAL	100

Descrizione		Indicatore		Strutture coinvolte		Documentazione attesa		Peso		
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"		1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito		1,2) entro 29/09/2016, e che rispetti i criteri della Legge 150/2012 ; 3) entro 31/12/2016		Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAC, INTSS, SERT, Strutture DSM		1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito		10
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza		azioni realizzate/azioni previste nel P.L.P. * 100		≥ 60%		strutture coinvolte nel PLP		Rendicontazione del PLP		

Descrizione		Indicatore		Strutture coinvolte		Documentazione attesa		Peso		
Gestione delle segnalazioni di malattia professionale secondo i criteri del sistema di sorveglianza nazionale MALPROF		Numero delle segnalazioni registrate secondo MALPROF/Numero di segnalazioni di malattie professionali pervenute		almeno l'80%		SPRESAL		Report finale estratto da SPRESALWEB		30
Aggiornare pubblicazione on line "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"		N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)		Al 31/11/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;		SSEPI SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT		Schede revisionate e pubblicate		10

Descrizione		Indicatore		Strutture coinvolte		Documentazione attesa		Peso		
Revisione procedura accertamento divieto assunzione di bevande alcoliche ed assenza alcolodipendenza secondo nuova D.G.R. 29-2328 del 26.10.15		1) Individuazione modifiche alla procedura 2) Variazione del piano di sorveglianza sanitaria 3) Modificazione degli allegati alla procedura		1) entro 30.4.16 2) entro 31.5.16 3) entro 30.6.16 4) entro 30.8.16		S.PRESAL s.c. Laboratorio Analisi s.s.v.dip. Alcolologia; s.c. SPRESAL s.c. Laboratorio Analisi		Documentazione attesa delibera e divulgazione del documento		20
Garantire la partecipazione alle attività del Comitato Tecnico Regionale (CTR) Istituto per la vigilanza sulle aziende a rischio di incidente rilevante		Numero partecipazioni/Numero convocazioni per riunioni ed ispezioni CTR		almeno il 50%		SPRESAL SISP		Relazione finale		20
Praticazione attività progetto "follow up e stili di vita in pazienti con pregresso tumore endocrinario e del colon"		Completamento attività secondo anno progetto		Entro 31/12/2016		S.C. Oncologia; SPRESAL-SISP; SIAF		Relazione finale		10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri

Il Direttore di Struttura
Dott. Anello Esposito

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Anabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/95

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 responsabilità di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. -B) Lettera di rieducazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 1C) Predeposizione di turnazioni di lavoro e tempi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza (biennale solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con indicazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per precisa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenso di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione del turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rieducazione raggiungimento obiettivi 2015; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza, Promozione della Partecipazione.	1) Risultato, scheda verifica approvata; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) riduzione scriptato	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali Incontri - report presenza Relazione approvata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo r. verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo in prv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali.	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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 h.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL, NO per l'anno in corso (almeno 200/totale operatori della struttura + 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PALS; "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 esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI, NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore s.c. SPRESAL
dott. Anselmo Fascesio



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri	100
STRUTTURA: s.c. SIAV area A		DIRETTORE: dott. Franco Tinelli	

Oggetto: "Struttura SIAV area A"			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAR, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>
<p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) e del PAISA, per quanto di competenza</p>	<p>1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste PAISA</p>	<p>1,2) >= 90%</p>	<p>strutture coinvolte nel PLP</p>

Oggetto: "Autovalutazione SIAV area A"			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
<p>Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture Veterinarie coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare</p>	<p>Autovalutazione ai sensi dell'Accordo 46/CSR del 07/02/2013 (DGR Piemonte n. 12-6980 del 30/12/2013)</p>	<p>entro il 31/12/2016</p>	<p>SIAV AREA A SIAV AREA B SIAV AREA C, EPIDEMIOVET</p>

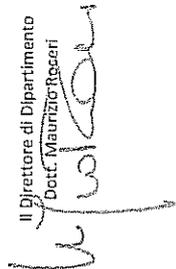
[Handwritten signatures and initials]



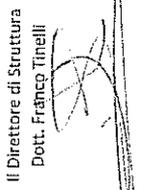
Dipartimento Infezioni - S. Filippo					
Descrizione	Indicatore	Proposti QTD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Diffusione e promozione del Piano di Controllo della Paratuberculosis Bovina e Bufalina agli Operatori Della filiera del latte presenti sul territorio dell'ASL No nel biennio 2015 / 2016	Organizzazione di incontri divulgativi; divulgazione e formazione interna; divulgazione esterna	Almeno 2 incontri con operatori del settore	SIAV AREA A SIAV AREA B SIAV AREA C, EPID.VET	relazioni di rendicontazione incontri avvenuti	30

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.626 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

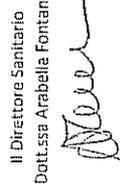
Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Maurizio Roceri



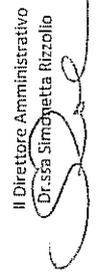
Il Direttore di Struttura
 Dott. Franco Tinelli



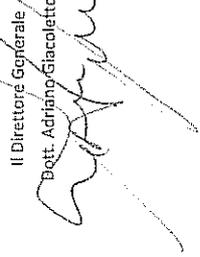
Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
 Dr.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
 Dott. Adriano Giacometto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 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 2015. 1C) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali Incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione dei partecipanti/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 50%; 3) 50%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE
 Dott. Franco Tinelli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Maurizio Rocert		100
STRUTTURA: s.c. PMPPV		DIRETTORE FF: dott. Franco Tinelli		

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - STRUTTURA: s.c. PMPPV					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - 1) mappatura; 2) piano della Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>		50

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - STRUTTURA: s.c. PMPPV					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza</p>	<p>azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100</p>	<p>>= 80%</p>	<p>strutture coinvolte nel PLP</p>	<p>Rendicontazione del PLP</p>	

[Handwritten signatures and initials]



Comitato di Indirizzo e Supervisione					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Garantire la continuità e la qualità del servizio di trasporto integrato di campioni per il collegamento dei punti HUB delle az. Sanitarie di VCO, Biella, Vercelli e AOU Novara al Presidio ospedaliero di Bergomano della ASL NO, dove hanno sede il Centro unificato dello screening HPV ed il CPVE, secondo la convenzione in essere tra ASR dell'AICS</p>	<p>Attuazione protocollo operativo per la gestione del servizio in regime ordinario ed in emergenza aggiornato da parte del gruppo di lavoro aziendale salvaguardando le altre necessità dei trasporti int. Ed est. dell'ASL</p>	<p>Attuazione interventi secondo protocollo operativo</p>	<p>SIMT, AP, UVOS, PIMPPV, SEP</p>	<p>Documento di rendiconto attività</p>	<p>50</p>

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri



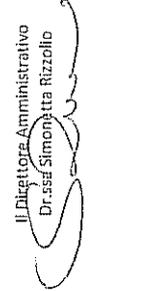
Il Direttore di Struttura
Dott. Franco Tinelli



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giuglietta




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 1C) Predispesizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo della realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.pv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECMI 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 (ELS-D; PELS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credituali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riempitivo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Franco Tinelli



Handwritten signature and initials.

Handwritten signature and initials.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri		100
STRUTTURA: S.C. SIAV AREA B		DIRETTORE FF. dott. Maurizio Roceri		

Dipartimento di Prevenzione					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p> <p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) e del PAISA, per quanto di competenza</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1.2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 . 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SENT, Strutture DSM</p>	<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	20
	<p>1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste PAISA</p>	<p>1.2) >= 90%</p>	<p>strutture coinvolte nel PLP</p>	<p>Rendicontazione del PLP e PAISA</p>	

Dipartimento di Prevenzione					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
<p>Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture Veterinarie coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare</p>	<p>Autovalutazione ai sensi dell'Accordo 46/CSR del 07/02/2013 (DGR Piemonte n. 12-6980 del 30/12/2013)</p> <p>N. audit interni effettuati</p>	<p>entro il 31/12/2016</p>	<p>SIAV AREA B SIAV AREA C</p>	<p>Documento di Autovalutazione</p> <p>Rapporti di Audit</p>	20
<p>Aggiornare pubblicazione on line "immagini di salute della popolazione e del territorio della ASI NO"</p>	<p>N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)</p>	<p>almeno due</p> <p>Al 31/1/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;</p>	<p>SSEPI SIAV, SISP, Spressal, SIAV B, SIAVC, SERT</p>	<p>Schede revisionate e pubblicate</p>	15

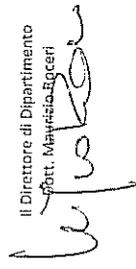


Handwritten notes and signatures, including an arrow pointing to the right and initials 'S', 'B', and 'Pou'.

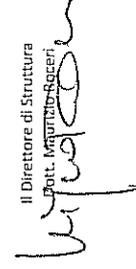
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Progetto di miglioramento della qualità isorisorse sviluppato nel corso nell'anno 2015: "sicurezza alimentare: misurazione dell'efficacia dei controlli ufficiali nell'ASL NO mediante la valutazione e la comparazione delle non conformità evidenziate nel corso dell'attività di audit svolta dal servizio veterinario presso operatori del settore alimentare nel biennio 2015-2016"	Attuazione del progetto	entro il 31/12/2016	SIAV AREA B SIIV AREA C	Relazione	15
Classificazione del rischio negli impianti riconosciuti in ambito CE al fine di modulare la frequenza e programmare l'attività di controllo ufficiale ai sensi del Reg. CE 882/2004	Impianti riconosciuti censiti/ Impianti classificati in base al rischio	100%	SIIV AREA B	Rendicontazione su sistema informativo "VetAlimenti Piemonte"	10

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11/2015 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri



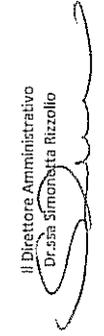
Il Direttore di Struttura
Dott. Maurizio Roceri



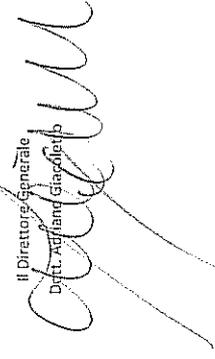
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
D.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adelfino Giacchino




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 1C) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel caso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2015	Valutazione annuale Verbalizzati - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo e 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore; dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 80%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE
 dott. *Infiorato*

[Signature]



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri		100
STRUTTURA: S.C. SIAV AREA C		DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri		

Obiettivi di Programmazione (O.P.)				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 151 periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	20
<p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) e del PAISA, per quanto di competenza</p>	<p>1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste PAISA</p>	<p>1,2) >= 90%</p>	<p>strutture coinvolte nel PLP</p>	<p>Rendicontazione del PLP e PAISA</p>

*

Obiettivi di Programmazione (O.P.)				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
<p>Attività di verifica e miglioramento dell'organizzazione legata al funzionamento delle Strutture Veterinarie coinvolte nell'ambito della sicurezza alimentare</p>	<p>Autovalutazione ai sensi dell'Accordo 46/CSR del 07/02/2013 (DGR Piemonte n.12-6980 del 30/12/2013) N. audit interni effettuati</p>	<p>entro il 31/12/2016 almeno due</p>	<p>SIAV AREA B SIAV AREA C</p>	<p>Documento di Autovalutazione (check list informativa) Rapporti di Audit</p>
<p>Aggiornare pubblicazioni on line "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"</p>	<p>N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)</p>	<p>Al 31/11/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2015 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;</p>	<p>SSEPI SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT</p>	<p>Schede revisionate e pubblicate</p>



Handwritten signature and initials.

Obiettivi di implementazione sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documentazione attesa	Peso
Progetto di miglioramento della qualità isorisorse sviluppato nel corso nell'anno 2015: "Sicurezza alimentare: misurazione dell'efficacia dei controlli ufficiali nell'ASL NO mediante la valutazione e la comparazione delle non conformità evidenziate nel corso dell'attività di audit svolta dal servizio veterinario presso operatori del settore alimentare nei bienni 2015-2016"	Attuazione del progetto	Decreto n. 31/12/2016	SIASV AREA B SIASV AREA C	Relazione	15
Prelievi di tronco encefalico per diagnosi BSE/TSE in bovini ed ovicaprini morti in allevamento ed inviati a centro di raccolta carcasse animali autorizzato ai sensi del Reg. CE 1069/2009.	carcasce animali raccolte /prelievi effettuali	90%	SIASV AREA C	Relazione	10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Maurizio Roceri

Il Direttore di Struttura
Dott. Maurizio Roceri

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacolesto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione. 2) Adozione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 1C) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento/incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbal Incontro - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI MO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma p.p.v. 3) n. incontri per monitorare obiettivi; valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI MO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI MO 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, PRLS; "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) riunioni relative ad eventi formativi esterne alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Vet.	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI MO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credituali Report riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE
dott. Maurizio Resca

[Handwritten signature]



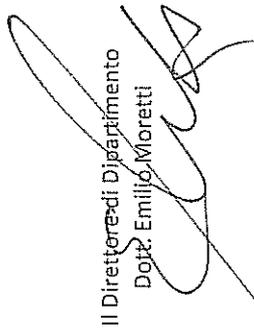
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti
---------------------------------------	---------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Consumo di beni e servizi/valore della produzione di tutte le strutture afferenti	<= 2015	tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			report Controllo di Gestione

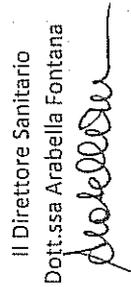
Obiettivi di Appropriazione e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			Report OIV

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	tutte le strutture aziendali
			Documenti attesi
			Report sc Personale

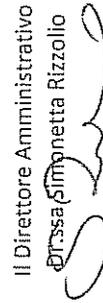
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti



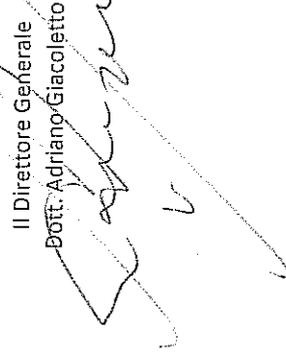
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto



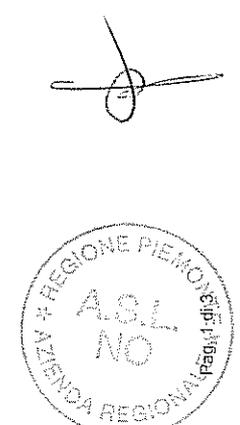

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		DIRETTORE: Dott. Emilio Moretti		100	
STRUTTURA: S.S. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA		RESPONSABILE: Dott. Claudio Didino			
Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	5
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Fisiologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ss MCAU; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia	report	5
Obiettivi di Apprendimento e di Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare percorsi condivisi con le strutture di degenza per il miglioramento della gestione dei pazienti che accedono al MCAU: 1) inquadramento dei pazienti con stroke acuto 2) trasferimento interospedaliero dei pazienti critici	1) n° pazienti con stroke acuto con score NIHSS/n° pazienti con stroke acuto 2) n° pazienti trasferiti con "scheda di accompagnamento" compilata con Anestesista/n° pazienti trasferiti	1) 90% 2) 70%	MCAU, SSD Neurologia, SC Anestesia	report	20
Miglioramento della prescrizione terapeutica secondo le attuali normative	Incremento rispetto al report 2015 della percentuale di verbali corretti per indicazione di classe di prescrivibilità del farmaco indicato per DCI e note AIFA	31.12.16	MCAU	Report Farmacia	10
Miglioramento e razionalizzazione dell'indicazione a radiografia del rachide cervicale dopo trauma	Il 70% dei pazienti dimessi con diagnosi di cervicologia dovranno avere documentata l'indicazione o meno a radiografia del rachide cervicale secondo il Canadian C-spine rule	31.12.16	MCAU	Report CED da 1 maggio a 31 dicembre	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	5

Elect

17

8

13

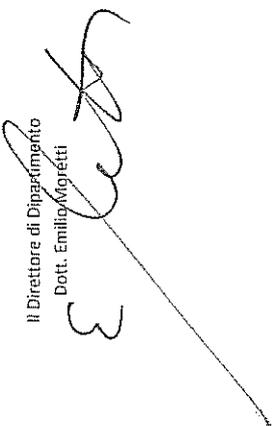


Ospedale Civile di Savigliano - Savigliano (TO)					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementazione dei protocolli di triage	Redazione condivisa con gli infermieri che operano in triage	30.9.16	MCAU	Volume con i protocolli e lista di distribuzione al personale interessato	15
Aggiornamento dei PDT di OBI	Aggiornamento di almeno 10 PDT	31.12.2016	MCAU	I PDT aggiornati	10
Completamento della formazione del personale che tratta il politrauma all'utilizzo dell'ecofast	Formazione dell'80% del personale medico che opera nell'ambulatorio di Chirurgia	31.12.16	MCAU	Attestato di formazione redatto dal docente	10

Si richiede la scrupolosa osservanza delle disposizioni contenute nelle normative di riferimento per l'ambito disciplinare. In questione, in mancanza della quale il punteggio globale potrà subire una decurtazione fino a 20 punti.

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-1-1.623 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Morétti



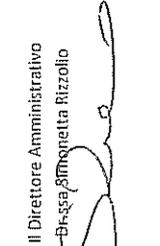
Il Responsabile di Struttura
Dott. Claudio Bolino



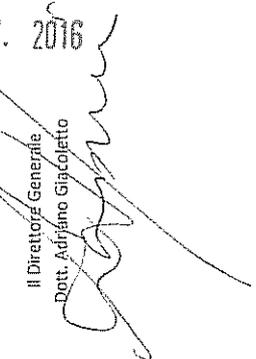
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzollo



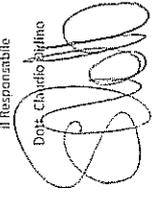
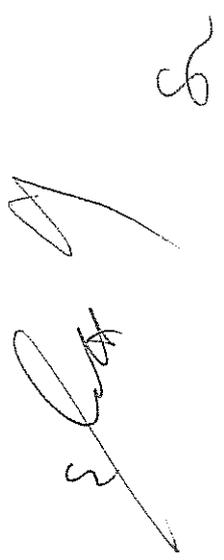
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giocoletto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PELS; "ALS"); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Me); Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche	Rispetto del Documento Programmatico per la struttura	Report uscita verifica
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riepilogativo azioni PD

Il Responsabile
Dott. Claudio Pardini


STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		DIRETTORE: dott. Emilio Moretti		100	
STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione		DIRETTORE: dott. Emilio Moretti			
Obiettivi Economici ed Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacie, report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti partonoalgesia h 24 secondo normativa vigente	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Riorganizzare le attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)	1) Progetto predisposto e presentato alla DMPO 2) implementazione del progetto 3) monitoraggio: indicatori di risultato 4) condivisione criteri di urgenza della frattura del collo del femore e della tipologia di intervento	1) entro il 30/10/2016 2) secondo cronoprogramma definito 3) report mensile 4) entro 30.6.2016	SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità, Ginecologia	Progetto, Relazione, Criteri di urgenza (frattura collo femore)	15
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ss MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	report	5

Obiettivi di Apprendimento e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la diagnostica ecografica in area critica e interventistica in rianimazione	1) Individuazione e condivisione dei criteri di appropriatezza; 2) n. medici formati all'uso dell'ecografo in area critica; 3) n. richieste ecografiche s.c. Radiologia 2016/2015	1) entro il 30/06/2016; 2) > 3; 3) < 2015	s.c. Anestesia e Rianimazione- s.c. Radiologia, ss MCAU	1) scheda; 2) elenco partecipanti da s.c. Qualità; 3) report CED da TracCare	15
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consulivo ICA DMPO 2016	10

E. Caff

Obiettivi di innovazione e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Organizzazione ed avvio di un Ambulatorio di Anestesia Ostetrica	1) avvio dell'ambulatorio; 2) report n. casi gestiti nell'ambulatorio	1) a seguito di autorizzazione da parte della DMPO 2) entro il 31/12/2016	s.c. Anestesia e Rianimazione; s.c. Ostetricia e Ginecologia	1, 2) report con dettaglio data presa in carico delle pazienti. Report prodotto dalla s.c. Anestesia e Rianimazione	15
Implementare percorsi condivisi con il MACAU per il trasferimento interospedaliero dei pazienti critici	n° pazienti trasferiti con "scheda di accompagnamento" compilata con Medico MACAU/n° pazienti trasferiti	>=70%	SC Anestesia, MACAU	report	

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-12-2015 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti

Il Direttore di Struttura
Dott. Emilio Moretti

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzolio

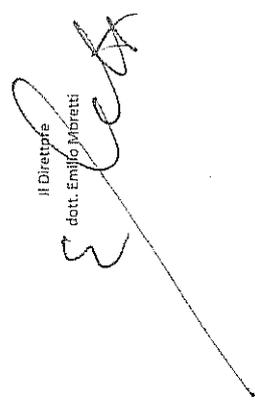
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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, 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 2015.; 2) R-edisposizione di turnazioni di lavoro e tiposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Intranet - posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credituali Report riaplogativo azioni PO

Il Direttore
dott. Emilio Mibretti




STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		DIRETTORE : DOTT. EMILIO MORETTI		100	
STRUTTURA: S.S.DIP. GASTROENTEROLOGIA		Responsabile: dott.ssa Laura Brogna			
Obiettivo istituzionale dell'Atti					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere, s.c. Qualità, s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	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) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avviso sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	10

Obiettivo istituzionale dell'Atti					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornamento PDTA CELIACHIA e STIPSI	1) PDTA approvato 2) applicazione PDTA 3) raccolta indicatori come PDTA	1) entro 30/6/2016 2) entro 1/9/2016 3) dal 01/10/2016 al 31/12/2016	SSD Gastroenterologia SC Qualità AIP SIAN	PDTA aggiornati e report indicatori	*
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di anticorpi TNF, mediante uso dei biosimilari e/o del farmaco a miglior rapporto costo/beneficio e motivando gli scostamenti	n pazienti avviati ad un nuovo ciclo di terapia con anticorpi TNF biosimilari e/o a miglior rapporto costo/beneficio/totale dei pazienti avviati a terapia con medicinali biologici	>=60%	SSD Gastroenterologia	Report Farmacia Ospedaliera	10
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati	>=90%	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCP	Verballi GIC	10
	stesura PDTA interaziendale relativo al k stomaco	secondo cronoprogramma del Gruppo di lavoro	Radiologia, Chirurgia, DMPO, Qualità, Anatomia Patologica, Oncologia, Gastroenterologia, UOCP	PDTA	10
	indicatori previsti dai singoli PDTA	secondo gli standard definiti nei singoli PDTA	strutture aziendali coinvolte nella rete oncologica	report	5

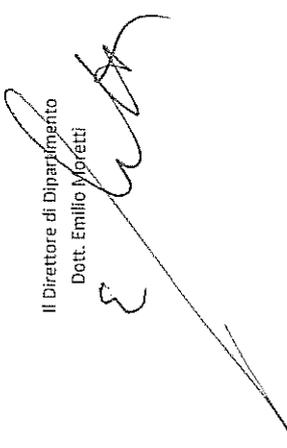


Handwritten signatures and initials, including a large signature and the initials 'EB' and 'D'.

Obiettivi da implementare e sviluppare					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso
Riorganizzazione attività ambulatoriale in modo da contenere tempi di attesa entro gli standard	Progetto di riorganizzazione che preveda il planning ambulatori	Progetto	SSD Gastroenterologia	Progetto e report	20

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

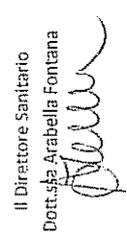
Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Emilio Moretti



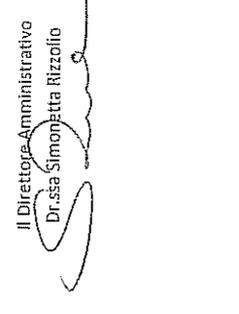
Il Responsabile di Struttura
 Dott. ssa Laura Breglia



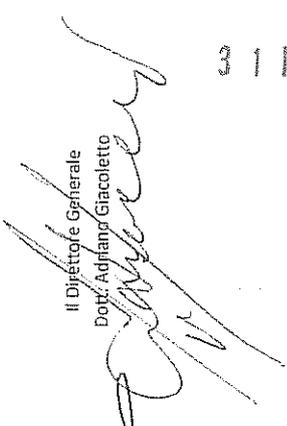
Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
 Dr.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
 Dott. Adriano Giacoletto

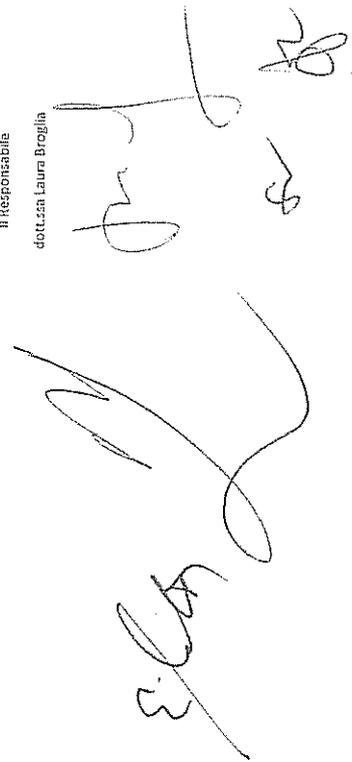



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV Dip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2015. 2) Predispensione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro.	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali Incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 conferma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PALS, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
			Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riesplorativo azioni PO

Il Responsabile

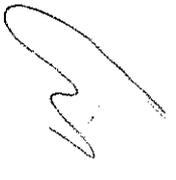
dott.ssa Laura Broglio




STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	DIRETTORE : Dott. Moretti	100
STRUTTURA: s.c. RADIODIAGNOSTICA	RESPONSABILE : Dott. Leonardo De Rocco	

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale
Riorganizzare le attività di screening mammografico (spazi per mammografie) in collaborazione con UVOS per l'attuazione del progetto Proteus Donna	Report sull'andamento dell'attività a fine 2016	Entro il 31/12/2016	s.c. Radiodiagnostica - s.s. Unità Valutazione e Organizzazione Screening (UVOS)

Obiettivi di Miglioramento Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai dispositivi della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati stesura PDTA interaziendale relativo al k mammella indicatori previsti dai singoli PDTA	>=90% secondo cronoprogramma del Gruppo di lavoro secondo gli standard definiti nei singoli PDTA	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCC Radiologia, Chirurgia, DMPO, Qualità, Anatomia Patologica, Oncologia, UOCC strutture aziendali coinvolte nella rete oncologica







Obiettivo di Iniziativa Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la diagnostica ecografica in area critica	1) definire i criteri minimi di competenza per l'ecografista (es. n° minimo ecografie/anno effettuate) 2) Individuazione e condivisione dei criteri di appropriatezza; 3) n. medici formati all'uso dell'ecografo in area critica; 3) n. richieste ecografie s.c. Radiologia 2015/2016	1) entro 31/05/2016; 2) entro il 30/06/2016; 3) > = 3; 4) < 2015	s.c. Anestesia e Rianimazione- s.c. Radiologia, ss MCAU	1) scheda con criteri; 1) scheda; 2) elenco partecipanti da s.c. Qualità; 3) report CED da TracCare	20
Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente e delle istruzioni elaborate sugli esami di laboratorio e radiologia (TAC)	1) definire i criteri di prescrizione della TAC per le patologie trattate dagli specifici ambulatori di nefrologia, neurologia e dipartimento chirurgico	1) entro 01/09/2016	SC RADIOLOGIA, S.C. NEFROLOGIA, SSD NEUROLOGIA, Dipartimento chirurgico	1) scheda	5

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti

Il Responsabile di Struttura
Dott. Leonardo De Rocco

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione interna.	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica creditenziali Report riaplogativo azioni PO

Il Responsabile

dott. Leonardo De Rocco



STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		DIRETTORE : dott. Emilio Moretti		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip. Neurologia		RESPONSABILE : dott.ssa Laura Godi			
Obiettivi economici di attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 15 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	20
Riorganizzare le attività ambulatoriali e in particolare l'attività per pazienti con demenza in ASL NO in modo da contenere i tempi d'attesa delle visite presso gli ambulatori U.V.A. attivi (in ospedale e nei distretti) e garantire la continuità assistenziale ai pazienti in RSA	1) planning ambulatori (UVA) 2) Tempi d'attesa per visita UVA nella ASL NO e nelle singole sedi	1) entro 30/06/2016 2) 2016<-2015	Neurologia, PASSI, Distretti	report TA calendario accessi	20

Obiettivi di appropriatezza e qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Utilizzo della Scala di Valutazione dell'Ictus (NIHSS) in tutti i pazienti con malattia cerebrovascolare Acuta al momento della prima valutazione neurologica in DEA e alla dimissione	Numero di pazienti testati / Numero di pazienti con ictus visitati	90%	SSD Neurologia, DEA	Relazione attività; Scale NIHSS compilate (se possibile su Medtrack)	
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	10
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Neurologia; ssd Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ssd ICAU; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia.	report	10



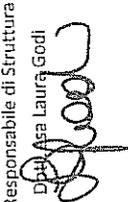
Obiettivi di miglioramento e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare l'ambulatorio Tossina Botulinica per pazienti con Distonie	numero di sedute ambulatoriali programmate	almeno 1 seduta/mese	Neurologia, Farmacia, DMPO	report pazienti gestiti	10
Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente sugli esami di laboratorio e radiologia (TAC, RMN)	1) definire i criteri di prescrizione della TAC; 2) audit prospettico (TAC) 3) n° esami di laboratorio richiesti	1) entro 01/09/2016 2) a partire da 01/10/2016 per almeno tre mesi 3) 2015 <= 2015	SSD. NEUROLOGIA, SC RADIOLOGIA	1) scheda 2) report schede compilate 3) report sistema informativo	10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti



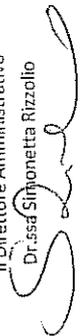
Il Responsabile di Struttura
Dott. Asa Laura Godi



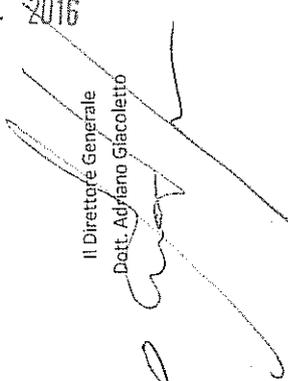
Il Direttore Sanitario
Dott. ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dr. ssa Simonetta Rizzolio

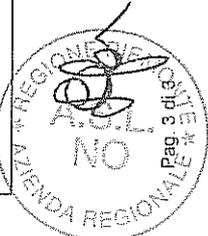


Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacioletto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) Predispensione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbal incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/lorale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche creditenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica creditenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riapoloativo azioni PO



Il Responsabile
della ASL NO
[Signature]

[Signature]

[Signature]

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	DIRETTORE: DOTT. EMILIO MORETTI	100
STRUTTURA: SC NEFROLOGIA	DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO	

Obiettivo di appropriatezza di attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	10
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	10

Obiettivo di appropriatezza di qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente sugli esami di laboratorio e radiologia (TAC)	1) definire i criteri di prescrizione della TAC per le patologie chirurgiche; 2) audit prospettico (TAC) 3) n° esami di laboratorio richiesti	1) entro 01/09/2016 2) a partire da 01/10/2016 per almeno tre mesi 3) 2016 <= 2015	20
Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica dell'ASL NO mediante monitoraggio della prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) utilizzando apposita scheda di prescrizione	N. schede di prescrizione di rosuvastatina e associazione simvastativa/ezetimibe compilate dallo specialista e trasmesse alla Farmacia Territoriale/ N. prescrizioni di rosuvastatina e associazione simvastativa/ezetimibe pervenute alla Farmacia Territoriale * 100	> 95%	10
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di eritropoietine, in ricovero ospedaliero ed in dimissione	Percentuale dei pazienti in trattamento con biosimilari /pazienti in trattamento con eritropoietine	> 60%	20

REGIONE PIEMONTE
Pag. 1 di 3

[Handwritten signatures and initials]

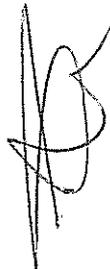
Obiettivo di performance - sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere l'invio dei pazienti al Centro Trapianti	numero di pazienti inviati al Centro trapianti 2015/numero di pazienti inviati al Centro trapianti 2015	> 1	S.C. NEFROLOGIA	report lista di attesa Centro Trapianti	

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Epifanio Moretti



Il Direttore di Struttura
Dott. Stefano Cusinato



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzollo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto




STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA		DIRETTORE : dott. Emilio Moretti		100	
STRUTTURA: s.c. Medicina		RESPONSABILE : dott. Gianluca Airoidi			
Obiettivi economici ed attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica dell'ASL NO mediante monitoraggio della prescrizione di stamne (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) utilizzando apposita scheda di prescrizione	N. schede di prescrizione di rosuvastatina e associazione simvastatina/ezetimibe compilate dallo specialista e trasmesse alla Farmacia Territoriale/ N. prescrizioni di rosuvastatina e associazione simvastatina/ezetimibe pervenute alla Farmacia Territoriale *100	> 95%	Medicina	Report Farmacia Territoriale	10
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; SS MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	report	
Obiettivi di appropriatezza e qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare gli aspetti relazionali e l'umanizzazione del trattamento del malato e dei famigliari	1) questionario di customer satisfaction validato da qualità 2) somministrazione del questionario 3) piano azioni di miglioramento	1) entro 30/04/2016 2) dal 01/05/2016 al 30/09/2016 3) entro 31/12/2016	SC Medicina SC Qualità e Comunicazione	1)questionario 2)report risultati 3)piano azioni di miglioramento	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	10
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di anticorpi TNF, mediante uso dei biosimilari e/o del farmaco a miglior rapporto costo/beneficio e motivando gli scostamenti	N. pazienti avviati ad un nuovo ciclo di terapia con anticorpi TNF biosimilari e/o a miglior rapporto costo beneficio/N. totale dei pazienti avviati a terapia con medicinali biologici	> 60%	Medicina	Report Farmacia Ospedaliera	10

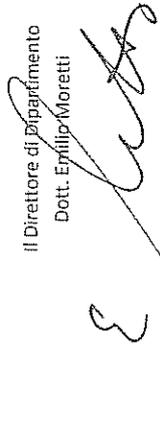


Handwritten signatures and initials:
 - Top right: A large signature.
 - Middle right: A signature starting with 'Eletto' and a large '8' below it.
 - Bottom right: A signature starting with 'Aldo'.

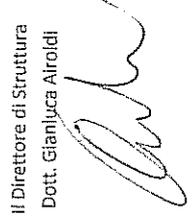
Obiettivi di innovazione e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adeguare alle linee guida più recenti i tempi di caratterizzazione in pazienti non portatori cronici di catetere vescicale	1) Realizzazione audit clinico a) -definizione scheda di audit con criteri, indicatori e standard; b) -definizione campione significativo e periodo di rilevazione; c) -rilevazione dati; d) -piano di miglioramento) 2) Re-audit	1) entro 30/09/2016 2) entro 31/12/2016	Medicina, Qualità	report audit piano di miglioramento report re-audit	10
Promuovere le attività del CAS secondo le indicazioni della rete oncologica attraverso: segnalazione di tutte le nuove diagnosi di tumore; 2) invio dei pazienti cui viene posta diagnosi di neoplasia nel percorso aziendale tramite il CAS	1) definizione delle modalità di invio al CAS delle nuove diagnosi di K 2) numero pazienti inseriti nel percorso CAS/ n° di pazienti con nuova diagnosi di K	1) entro il 30/04/2016 2) 50%	5c Medicina, SSD Oncologia	istruzioni, report CAS	20

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

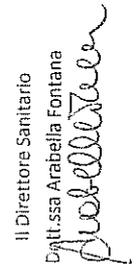
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti



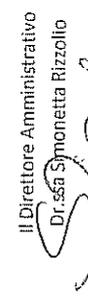
Il Direttore di Struttura
Dott. Gianluca Airoidi



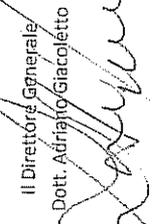
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzollo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	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) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2015 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08); n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione, internet.	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Il Direttore
dott. Gianluca Airoldi
[Handwritten signature]

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	DIRETTORE: Dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA : S.C. CARDIOLOGIA	DIRETTORE: Dott. Umberto Parravicini	

Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.		1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 e parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recupimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione		requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Riorganizzazione attività ambulatoriale in modo da contenere i tempi di attesa entro gli standard		1) progetto di riorganizzazione che preveda il planning ambulatori 2) tempi di attesa 3) progetto avvio ambulatorio cardiologia pediatrica	1) progetto 2) entro gli standard regionali per almeno una prestazione tra quelle monitorate 3) inviato alla DMPO entro 30.6.2016	SSD Cardiologia	Progetto e report	5
Supportare i NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/IRCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO		n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti dall'NCRE	90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	10
Incrementare l'attività di donazione di organi		donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Neurologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; s.c. MCAU; s.c. Chirurgia; s.c. Urologia	report	10
Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Miglioramento della qualità della documentazione clinica, anche assicurando la corretta indicazione nella lettera di dimissione della erogabilità dei medicinali a carico dei SSN (DCI, Classe, Nota AIFA)		1) definizione dello strumento di rilevazione (es. check-list); 2) n. di esami obiettivi compilati secondo check list / totale e.o * 100; 3) n. di diarie compilate secondo check list / totale diarie * 100 4) n. di lettere di dimissione compilate secondo check list / totale lettere * 100 5) N prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale complete delle indicazioni di erogabilità dei medicinali a carico del SSN (DCI, Classe, NotaAIFA)/ N. prescrizioni totali monitorate *100 (rilevazione a campione)	1) entro 30/06/2016 2) entro 31/12/2016 100% 3) entro 30/09/2016 50%-entro 31/12/2016 80% 4) entro 30/09/2016 50%-entro 31/12/2016 80% 5) > = 90%	SC Cardiologia	1) strumento di rilevazione; 2, 3, 4) report della s.c. Cardiologia; 5) report Farmacia Ospedaliera	10
Attuare per le parti di competenza il programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17		1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	10
Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica dell'ASL NO mediante monitoraggio della prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) utilizzando apposita scheda di prescrizione		1) N. schede di prescrizione di rosuvastatina e associazione simvastatina/ezetimibe compilate dallo specialista e trasmesse alla Farmacia Territoriale/ N. prescrizioni di rosuvastatina e associazione simvastatina/ezetimibe pervenute alla Farmacia Territoriale *100 2) Consumo IPP	1) > 95% 2) < 2015	Cardiologia	report Farmacia Territoriale	10



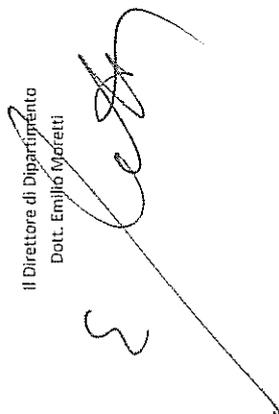
Electa

AS

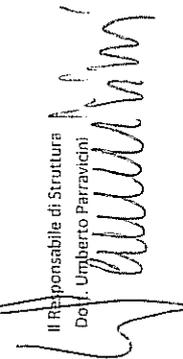
Oggetto di Intervento: Sull'ipotesi					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Supportare PDTA per Scompenso cardiaco Cronico presso il CAP e le nuove Antenne (Ghemme e Oleggio)	1) revisione PDTA 2) implementazione PDTA presso Antenne Ghemme e Oleggio 3) n° pazienti inviati alle Antenne	1) entro 31/05/2016 2) dal 01/06/2016 3) almeno 10 casi per Antenna	Sc. Cardiologia, Qualità, Dietretti, DMPO	PDTA, relazione	15

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Emilio Moretti



Il Responsabile di Struttura
Dott. Umberto Parravicini



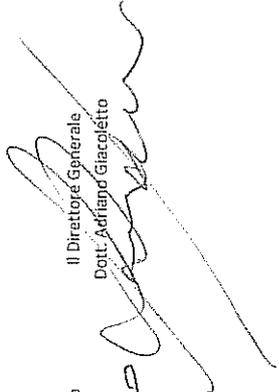
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
D.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Ariando Giacchetto




<p>Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane</p>	<p>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</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 2015. 2) Pre-disposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dall'incaricato per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione orari mensile</p>
<p>Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio</p>	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presente Relazione accorpata</p>
<p>Capacità di garantire la comunicazione interna</p>	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota accuratamente l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL MO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Cruschetto ASL MO Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL MO 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p>
<p>Capacità di garantire la comunicazione interna</p>	<p>FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
<p>Capacità di garantire la comunicazione interna</p>	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione, l'informatica, la gestione, la manutenzione, l'assistenza.</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditenziali</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alla azioni.</p>	<p>Report esito verifica creditenziali Report identificazione azioni P.O.</p>

Il Direttore
Dott. Umberto Parravicini

[Handwritten signature]



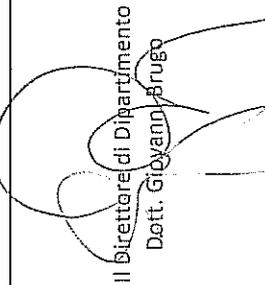
DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Consumo di beni e servizi/valore della produzione di tutte le strutture afferenti	<= 2015	tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi report Controllo di Gestione

Obiettivi di Appropriata Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi Report OIV

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	tutte le strutture aziendali
			Documenti attesi Report sc Personale

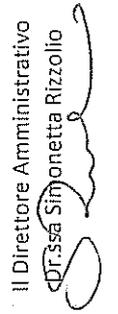
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugo



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




DESCRIZIONE		INDICATORE		PROPOSTA STD		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		PESO	
<p>DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo RESPONSABILE: Dott.ssa. Bellotti Marilena STRUTTURA: s.s.v.dip. R.R.F.</p>											
Obiettivi ricomprendibili di Attività											
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.		1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016		<= 2015 a parità di produzione		Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera		Report Farmacia; Controllo di Gestione		20	
Garantire l'attività del NCRE relativa ai controlli di terzo livello sulle strutture sanitarie private accreditate/IRCCS		effettuare i controlli di terzo livello		entro i tempi previsti dalla Regione		SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM		verbali NCRE		10	
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione		requisiti previsti dalla DGR soddisfatti		Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità		tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale		evidenze documentali		10	

DESCRIZIONE		INDICATORE		PROPOSTA STD		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		PESO	
Obiettivi di Appropriatazza Qualità											
Identificare e applicare i criteri di appropriatezza per la prescrizione di ausili per la posizione seduta con riferimento ai sistemi posturali, in attesa delle nuove direttive regionali		1) Identificazione criteri condivisi e delle istruzioni operative per l'applicazione; 2) N° prescrizioni erogate senza i criteri di appropriatezza/totale prescrizioni erogate * 100		1) entro il 30/04/2016 e avvio dal 01/05/2016; 2) < 2%		SSD assistenza integrativa e protesica, SSD RRF		1) Istruzioni operative per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe. 27 agosto 1999; 2) report AIP		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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17		1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) Indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA		1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard Indicatori dei progetti assegnati alla struttura		DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero		1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016		10	



Obiettivi di innovazione e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementazione della scala FIM per pazienti con disabilità motoria ricoverati in Neurologia ai fini della corretta stesura del PPRI	N. Scale FIM somministrate/N. pazienti valutati *100	90%	SSD RRF, SSD Neurologia	report	20
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica aziendale e in particolare: Vitamina D	1) Audit clinico su prescrizione e consumo Vitamina D 2) azioni di miglioramento	1) entro settembre 2016 3) ultimo trimestre 2016	RRF, SC Qualità, Farmacia	report consumo Vit D	20

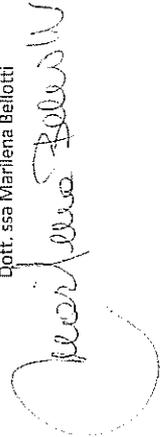
62 1 MAR. 2016

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugo



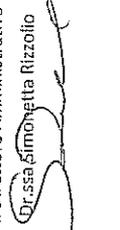
Il Responsabile di Struttura
Dott. ssa Mariena Bellotti



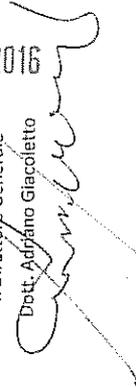
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzotto



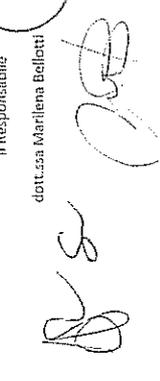
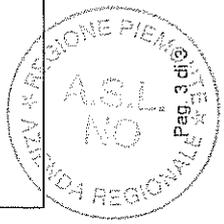
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) Partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATICO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riattivazione azioni PO

Il Responsabile
dott.ssa Mariilena Bellotti

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO		DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip.Oncologia		RESPONSABILE: Dr.ssa Incoronata Romaniello			
Obiettivi Economici (colonna attività)					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità, s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Obiettivi di Miglioramento della Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornamento Indicazioni a Chemioterapia	Numero di patologie aggiornate/Numero di patologie presenti nel Protocollo 2015	Almeno 50%	Oncologia	Nuovo protocollo	
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	30
Obiettivi di Miglioramento della Sicurezza					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	1) numero PDTA aggiornati/numero PDTA *100 2) numero PDTA area conclusi/numero PDTA di Area attesi* 100 3) CAS: stesura regolamento e raccolta indicatori 4) Raccolta indicatori PDTA	1) 100% 2) Almeno 50%	Direzione Sanitaria, Direzione Medica, Qualità, Chirurgia, Ginecologica, Urologia, Otorino, Radiologia, Anatomia Patologica	PDTA secondo format aziendale	20
		3) regolamento aggiornato entro 31/10/2016; 4) report semestrale con indicatori previsti dai PDTA	SDD Oncologia	regolamento	10

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



Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugo

Il Responsabile di Struttura
Dott.ssa Incoronata Romaniello

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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	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 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO,. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATICO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche crediti	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica crediti
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riaplogrativo azioni PO

[Handwritten signature]
Il Responsabile
dott. Asst. D. Corchia in R. Minelli



STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO		DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip. OTORINOLARINGOIATRIA		RESPONSABILE: dott. Ruggero Guglielmetti			
Obiettivi Economici di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e la Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10
Obiettivi Applicativi: Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il FO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	15*
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) riorganizzazione CAS periferico 2) n° schede CAS paziente correttamente compilate/n° pazienti afferenti al CAS periferico *100 3) stesura PDTA K testa collo interaziendale 4) raccolta indicatori PDTA K testa collo	1) entro 30/04/2016 2) 100% 3) entro 31/10/2016 4) entro 31/12/2016	SSD ORL strutture PDTA K testa collo	report, PDTA	15

Oggetto: Bilancio di esercizio 2015					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attivazione ambulatorio ORL dedicato controllo operati c/o ASL- Sede Novara	1) Definizione progetto con criteri di invio 2) attivazione ambulatorio	1) entro 30/09/2016 2) dal 1/10/2016	ORL-Direzione medica	progetto, registro ambulatorio	
Partecipare alla riorganizzare delle attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)	1) Progetto di miglioramento predisposto e presentato alla DMPO 2) implementazione del progetto 3) monitoraggio: indicatori di risultato	1) stesura congiunta da parte di tutte le strutture del Blocco Operatorio, entro il 30/04/2016 2) secondo croneprogramma definito 3) report mensile	SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità, SC Ginecologia	Progetto, Relazione	15
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica aziendale e in particolare: inibitori di Pompa Protonica (IPP)	1) Applicazione delle azioni di miglioramento previste dall'audit clinico su IPP 2) consumo IPP 3) re-audit	1) dal 01/06/02016 2) <2015 3) ultimi trimestre 2016	SC Chirurgiche, SC Qualità, Farmacia	report consumo IPP	15

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

Il Direttore di Dipartimento

Dot. Giovanni Brugo

Il Responsabile di Struttura

Dot. Ruggiero Giglielmetti

Il Direttore Sanitario

Dot. Lisa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo

D.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale

Dot. Adriano Giacometto

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 specializzazione, 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo.	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche crediti	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica crediti
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report risaplogativo azioni PO



Il Responsabile
dot. Ruggieri Guglielmetti

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO		DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		100	
STRUTTURA: s.c. UROLOGIA		DIRETTORE: dott. Giorgio Monesi			
Obiettivo Economico di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di accreditamenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	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) ASL NO 2016, l'applicazione della raccomandazione 17 e la corretta compilazione della STU	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA 3) revisione della STU 4) corretta compilazione - n° STU compilate correttamente/totale STU campionate * 100	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura 3) entro il 30.9.2016 4) 70% dal 1° .10.2016	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	5
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; ss MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	report	5
Obiettivo di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) riorganizzazione CAS periferico 2) n° schede CAS paziente correttamente compilate/n° pazienti afferenti al CAS periferico *100 3) aggiornamento PDTA 4) raccolta indicatori PDTA urologico	1) entro 30/04/2016 2) 100% 3) entro 31/05/2016 4) entro 31/12/2016	s.c. Urologia strutture PDTA Urologico	report, PDTA	20
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), mediante selezione del farmaco secondo indirizzi regionali/aziendali	Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare	> = 90%	s.c. Chirurgia, s.c. Urologia; s.c. Ortopedia	report Farmacia Ospedaliera	10
Promuovere un uso appropriato di farmaci, in particolare analoghi GNRH, in dimissione	N. pazienti con prima prescrizione del medicinale a miglior rapporto costo beneficio/N. pazienti con prima prescrizione *100	>= 30%	s.c. Urologia	report Farmacia Ospedaliera	5

[Handwritten mark]

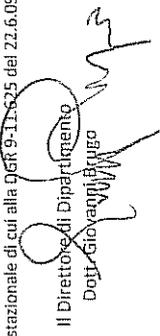
101

31 MAR. 2016

Obiettivo di miglioramento sanitario					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Struttura coinvolte	Documenti attesi	Peso
Valutazione sistematica dei casi clinici complessi	Significant event audit	6 nei corso dell'anno	SC Urologia	Verbale SEA	15
Partecipare alla riorganizzare delle attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)	1) Progetto di miglioramento predisposto e presentato alla DMPO 2) implementazione del progetto 3) monitoraggio; indicatori di risultato	1) stesura congiunta da parte di tutte le strutture del Blocco Operatorio, entro il 30/04/2016 2) secondo cronoprogramma definito 3) report mensile	SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità, s.c. Ostetricia e Ginecologia	Progetto, Relazione	10

(*) obiettivo prestazionale di cui alla Def 9-11-825 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato, agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Biggo



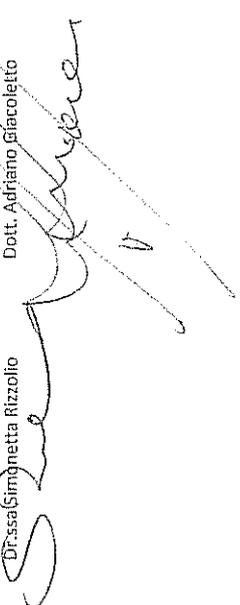
Il Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Mognesi



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo



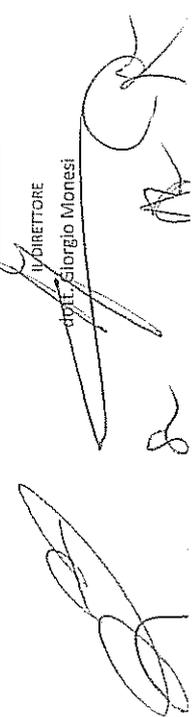
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI CS/SSV/DP AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CCNL 05/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento allegato
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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</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 2015. 2) Predispozione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016;</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>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verballi incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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/completamento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti), definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO.</p> <p>3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p>	<p>Report esito verifica credenziali</p>
		<p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report riepilogativo azioni PO</p>




 DIRETTORE
 Dott. Giorgio Monesi

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.c. Ortopedia e Traumatologia	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	

Obiettivi/compiti/attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale
Supportare l' NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/RCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO	n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti	90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM

Obiettivi di appropriatezza e qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva di: EBPM (eparine basso peso molecolare), mediante selezione del farmaco secondo indirizzi regionali/aziendali	Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare	> = 90%	s.c. Chirurgia, s.c. Urologia; s.c. Ortopedia
Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente sugli esami di laboratorio e radiologia (TAC)	1) definire i criteri di prescrizione della TAC per le patologie ortopediche; 2) audit prospettico (TAC) 3) n° esami di laboratorio richiesti	1) entro 01/09/2016 2) a partire da 01/10/2016 per almeno tre mesi 3) 2016 <= 2015	SC Ortopedia, SC RADIOLOGIA

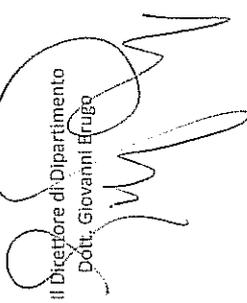
Handwritten signatures and initials.



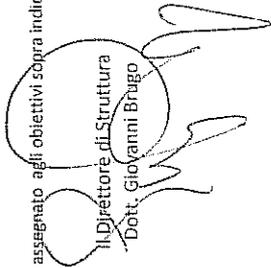
Ospedale di Imperia - Ospedale di Imperia					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Partecipare alla riorganizzare delle attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)	1) Progetto di miglioramento predisposto e presentato alla DMPO 2) implementazione del progetto 3) monitoraggio: indicatori di risultato	1) stesura congiunta da parte di tutte le strutture del Blocco Operatorio, entro il 30/04/2016 2) secondo cronoprogramma definito 3) report mensile	SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità	Progetto, Relazione	15
Rispetto dell'indicatore previsto nel PNE nella frattura del collo del femore	1) Definizione e condivisione dei criteri di urgenza della frattura e tipologia di intervento 2) intervento chirurgico entro 2 giorni	1) entro 30.6.2016 2) 2015 + 10%	Traumatologia, Anestesia	1) Criteri 2) Dati PNE	15
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica aziendale e in particolare: Inibitori di Pompa Protonica (IPP)	1) Applicazione delle azioni di miglioramento previste dall'audit clinico su IPP 2) consumo IPP 3) re-audit	1) dal 01/06/2016 2) 2015 3) ultimo trimestre 2016	SC Chirurgiche, SC Qualità, Farmacia	report consumo IPP	10

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

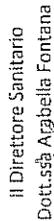
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugo



Il Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Brugo



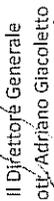
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ariabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzollo



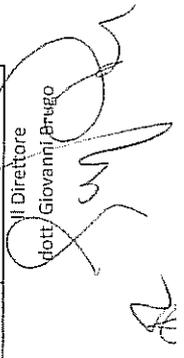
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze relazione accorpata
	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO, almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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; PALS; "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione.	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet, posta elettronica aziendale, applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI, NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riesplorativo azioni PO

Il Direttore
dot. Giovanni Brugo



STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.c. Oculistica	DIRETTORE: dott. Vito Belloli	

Obiettivi economici e di strutture					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	10

Obiettivi di Applicabilità e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Partecipazione al progetto SOS retina per la revisione del PDTA per la diagnosi e terapia della DMS essudativa	1) Nomina di 2 referenti tra i dirigenti medici e il personale del comparto 2) PDTA	1) entro 15.4.2016 2) entro 31.12.15	s.c. Oculistica	1) Lettera di nomina 2) PDTA	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	20

Obiettivi di Implementazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attivazione della procedura di Cross Linking per il trattamento del cheratocono evolutivo.	numero dei pazienti trattati	10 pazienti nell'anno 2016	Oculistica, Blocco operatorio	Documentazione clinica dei trattamenti eseguiti	10
Partecipare alla riorganizzazione delle attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)	1) Progetto di miglioramento predisposto e presentato alla DMPO 2) Implementazione del progetto 3) monitoraggio: indicatori di risultato	1) stesura congiunta da parte di tutte le strutture del Blocco Operatorio, entro il 30/04/2016 2) secondo cronoprogramma definito 3) report mensile	SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità, s.c. Ostetricia e Ginecologia	Progetto, Relazione	10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Brugnotto

Il Direttore di Struttura
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabela Fontana

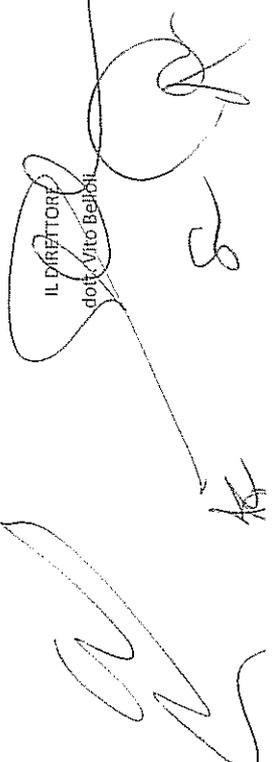
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzollo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacolletto

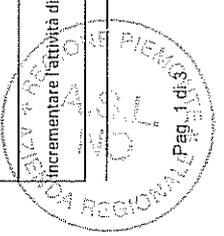


Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di 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 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 2015. 2) Prerogative di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verballi incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Crusco ASL NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Crusco ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE
dot. Vito Bellio




STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO		DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo		100	
STRUTTURA: s.c. Chirurgia		DIRETTORE: dott. Amedeo Alonzo			
Obiettivi economici e di attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; Report Controllo di Gestione	30
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recupero dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, fra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	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) ASL NO 2016, l'applicazione della raccomandazione 17 e la corretta compilazione della STU	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA 3) STU: corretta compilazione - n° STU compilate correttamente/ totale STU campionate * 100	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura 3) 70%	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consulativo ICA DMPO 2016	5
Obiettivi di qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva di EBPm (eparine basso peso molecolare), mediante selezione del farmaco secondo indirizzi regionali/aziendali	Precauzione in ricovero ed in dimissione di parnaparna/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare	> = 90%	s.c. Chirurgia, s.c. Urologia; s.c. Ortopedia	report Farmacia Ospedaliera	5
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati	>=90%	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCC	Verbali GIC	15
	stesura PDTA interaziendale relativo al k mammella; stesura PDTA interaziendale relativo al k stomaco; stesura PDTA aziendale K Tiroide	secondo cronoprogramma del Gruppo di lavoro	Radiologia, Chirurgia, DMPO, Qualità, Anatomia Patologica, Oncologia, UOCC, Gastroenterologia, Diabetologia	PDTA	15
	indicatori previsti dai singoli PDTA	secondo gli standard definiti nei singoli PDTA	strutture aziendali coinvolte nella rete oncologica	report	5
Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente sugli esami di laboratorio e radiologia (TAC)	1) definire i criteri di prescrizione della TAC per le patologie chirurgiche; 2) audit prospettico (TAC) 3) n° esami di laboratorio richiesti	1) entro 01/09/2016 2) a partire da 01/10/2016 per almeno tre mesi 3) 2016 <= 2015	S.C. NEFROLOGIA, SC RADIOLOGIA, s.c. CHIRURGIA	1) scheda 2) report schede compilate 3) report sistema informativo	5
Incrementare l'attività di donazione di organi	donazioni di cornee	>2015	SC ANESTESIA, DMPO, s.c. Nefrologia; s.c. Neurologia; s.c. Medicina; s.c. Cardiologia; SS MCAU; S.C. Chirurgia; s.c. Urologia	report	5



Handwritten initials and signature in the top right corner of the page.

Descrizione		Indicatore		Proposta STD		Strutture coinvolte		Documenti attesi		Peso	
Partecipare alla riorganizzazione delle attività delle sale operatorie sulla base degli esiti delle verifiche effettuate dal Dipartimento Chirurgico nel 2015 (punti di forza e punti di debolezza)		1) Progetto di miglioramento predisposto e presentato alla DMPO 2) implementazione del progetto 3) monitoraggio: indicatori di risultato		1) stesura congiunta da parte di tutte le strutture del Blocco Operatorio, entro il 30/09/2016 2) secondo cronoprogramma definito 3) servizi mancanti.		SC Anestesia, SC Chirurgiche, DMPO, SC Qualità, Ginecologia		Progetto, Relazione		10	
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica aziendale e in particolare: Inibitori di Pompa Protonica (IPP)		1) Applicazione delle azioni di miglioramento previste dall'audit clinico su IPP 2) consumo IPP 3) re-audit		1) dal 01/06/2016 2) <2015 3) ultimi trimestre 2016		SC Chirurgiche, SC Qualità, Farmacia		report consumo IPP		5	

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

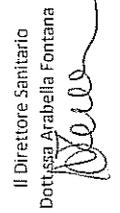
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Bruggi



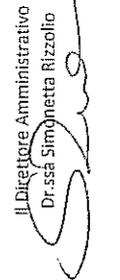
Il Direttore di Struttura
Dott. Amedeo Alonzo



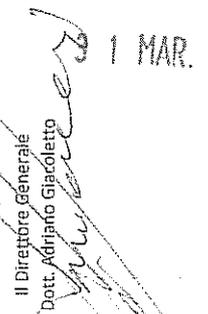
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDP 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	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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; rendicontazione obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso, con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PALS); "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla struttura.	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Biet, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche creditenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica creditenziali Report riapriplogativo azioni PO

IL DIRETTORE
dott. Amedeo Alonzo





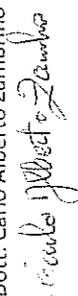
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DIRETTORE: dott. Carlo Alberto Zambrino
--------------------------------	---

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte tutte le strutture del Dipartimento
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Consumo di beni e servizi/valore della produzione di tutte le strutture afferenti	<= 2015	Documenti attesi Report Controllo di Gestione

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte Tutte le strutture del Dipartimento
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Documenti attesi Report OIV

Obiettivi di Impreziosità e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte tutte le strutture aziendali
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	Documenti attesi Report sc Personale

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Alberto Zambrino



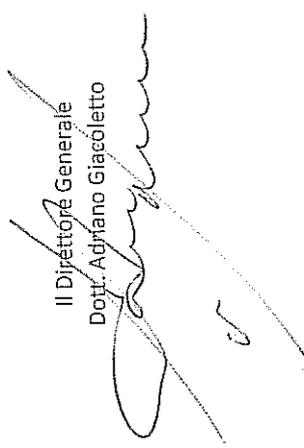
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simionetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacchetto




DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE		DIRETTORE : dott. Carlo Alberto ZAMBRINO		100
STRUTTURA: s.c. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		DIRETTORE : dott. Carlo Alberto ZAMBRINO		

Obiettivo: Realizzare il Piano					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (6)	Documenti attesi	Peso
Attuare le azioni di competenza della NPI definite nel PAT 2016, ed in particolare ridefinire le modalità di presa in carico congiunte in età evolutiva ASL NO- AOU Maggiore della Carità - Enti Gestori	Report annuale su azioni implementate; procedura di presa in carico congiunta di minori	Entro 31/12/2016; procedura definita da NPI ASL e AOU, Assistente Sociale ASL, Ente Gestore (Novara), approvata dal Tavolo Tecnico Interistituzionale	s.c. Neuropsichiatria Infantile, Distretti, PASSI	Report; Procedura	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR ☐	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; ☐	Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) scheda compilate; 1B) relazione criticità emerse	20

Obiettivo: Appropriare e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (6)	Documenti attesi	Peso
Appropriatezza prescrittiva degli psicofarmaci in NPI	1) Realizzazione audit clinico prospettico a- definizione scheda di audit con criteri, indicatori e standar; b- applicazione della scheda casi di prescrizione di psicofarmaci; c- analisi dati; d- piano di miglioramento	a) entro 30/04/2016 b) Applicazione scheda 90% dei casi trattati c) adesione ai criteri di appropriatezza individuati 70% d) entro 31/12/2016	NPI Farmacia territoriale	Report	10
Riordino della rete dei consultori pediatrici e miglioramento del loro funzionamento, in accordo con quanto previsto dal PAT	1) rete consultoriale riorganizzata secondo quanto definito nel PAT; 2) carta dei servizi del consultorio pediatrico o altro documento di divulgazione/informazione per la popolazione; 3) azioni di promozione del parto naturale per contenere i cesarei primari	1,2) aggiornati entro 31/12/2016; 3) n° parti cesarei/ n. parti primari * 100 2016 inferiori a 2015	Ostetricia, pediatria, NPI	1) relazione 2) documento divulgativo	*

Obiettivo: Implementare Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (6)	Documenti attesi	Peso
Predisposizione di un PDTA Aziendale per la presa in carico dei soggetti con disturbi dello spettro autistico d'intesa con l'AOU Maggiore della Carità	1) Definizione gruppo di lavoro 2) redazione PDTA secondo format aziendale	1) entro 30/04/2016 2) entro 31/12/2016	NPI, SC Qualità	PDTA	20
Revisione del percorso nascita d'intesa con consultori e AOU Maggiore di Novara	percorso nascita interaziendale	aggiornato da Ostetricia Ginecologia, Consultori ASL e inviato a DS AOU e ASL NO per approvazione entro il 30/11/2016	s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. Pediatria, consultori Coordinamento Direttore DIMI	percorso	30

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Alberto Zambrino



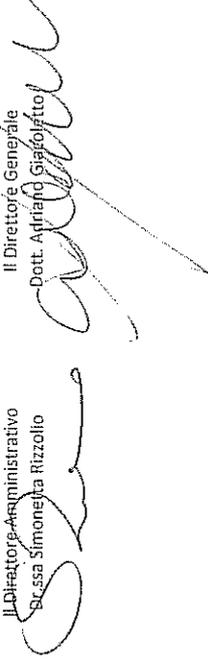
Il Direttore di Struttura
Dott. Carlo Alberto Zambrino



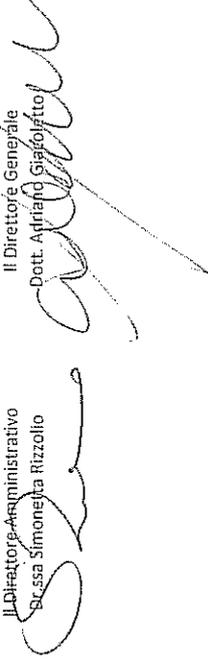
Il Direttore Sanitario
Dott. Sara Pella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott. Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giolitto




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 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbal incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLVIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); 6. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 3) 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) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet, posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credituali Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore

Dott. Carlo Alberto Zambino
Carlo Alberto Zambino

[Signature]

[Signature]



DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE		DIRETTORE : dott. Carlo Alberto ZAMBRINO		100
Struttura: s.c. Ginecologia e Ostetricia		DIRETTORE : dott. Giovanni Ruspa		

Obiettivi Economici ed Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (€)	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	15
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	15

Obiettivi di Apprendimento e Competenze					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (€)	Documenti attesi	Peso
Miglioramento dell'appropriatezza dei parti cesarei, in aderenza a quanto previsto dalle linee guida ministeriali (aggiornamento gennaio 2016)	1) identificazione e condivisione dei criteri per l'assegnazione del codice; 2) avviso dell'assegnazione del codice; 3) n. cesarei codificati/totali dei cesarei effettuati * 100 (conteggiando solo i cesarei dalla data di avvio della codifica); 4) n° cesarei primari/totali parti cesarei * 100	1) entro il 30/04/2016; 2) dal 1° maggio 2016; 3) 80%; 4) 2016 < 2015	s.c. Ostetricia e Ginecologia	1) scheda; 2,3) report s.c. Ostetricia e Ginecologia	10
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva di EBM (eparine basso peso molecolare), mediante selezione del farmaco secondo indirizzi regionali/aziendali	N. prescrizioni in ricovero ed in dimissione di paraparina/ N. prescrizioni totale di eparine a basso peso molecolare * 100	> o = 92%	s.c. Ostetricia e Ginecologia	report Farmacia Ospedaliera	10
Revisione del percorso nascita d'intesa con consultori e AOU Maggiore di Novara	percorso nascita interaziendale	aggiornato da Ostetricia Ginecologia, Consultori ASL e inviato a DS AOU e ASL NO per approvazione entro il 30/11/2016	s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. Pediatrica, consultori	percorso	20

Handwritten signatures and initials: *Handwritten marks and signatures, including a large 'H' and 'R'.*



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 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbal Incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di 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. 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 1) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	1) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred/Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
			Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riaplogrativo azioni PO

Il Direttore
Dott. Giovanni Ruzza

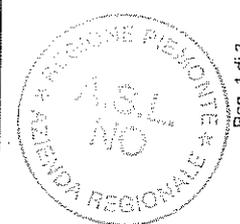


DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE.		DIRETTORE : Dott. Carlo Alberto ZAMBIRINO		100
Struttura: s.c. PEDIATRIA / NEONATOLOGIA		DIRETTORE : Dott. Oscar Haitink		

Obiettivi economici e attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (8)	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	20
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "ricepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	15
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) Indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	15

Obiettivi di appropriatezza e qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (9)	Documenti attesi	Peso
Appropriatezza diagnostica ecografica transfontanelare e addominale in regime di ricovero e post-dimissione nei neonati pretermine con epoca gestazionale < 36 sett	1) Elaborazione protocollo 2) n° ecografie eseguite presso radiologia 2016 /2015	1) secondo il format aziendale entro 30/06/2016; 2) 2016<2015	SC Pediatria - SC Radiologia	Protocollo, Report estrapoliato da MedTrack	15
Appropriatezza monitoraggio cardiorespiratorio nei pazienti ricoverati in pediatria e in OB)	1) Protocollo; 2) n° sensori utilizzati 2016/2015	1) Protocollo entro 30/05/2016	SC Pediatria - SC Farmacia	Protocollo, Report farmacia	15
Revisione del percorso nascita d'intesa con consultori e AOU Maggiore di Novara	percorso nascita interaziendale	aggiornato da Ostetricia Ginecologia, Consultori ASL e inviato a DS AGU e ASL NO per approvazione entro il 30/11/2016	s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. Pediatria, consultori Coordinamento Direttore DMI	percorso	20

Handwritten notes and signatures:
 A large handwritten signature 'Adi' is visible at the top right.
 Below it, there are several scribbles and a checkmark-like mark.

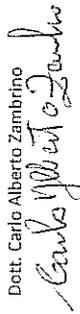


31 MAR 2016

Obiettivo di miglioramento dell'attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (6)	Documenti attesi	Peso
Sviluppo, innovazione e implementazione attività ambulatoriale SC Pediatria: ambulatorio di cardiologia pediatrica - ambulatorio di allergologia pediatrica	1) Elaborazione protocolli condivisi con SSD di allergologia; 2) Incremento n° prestazioni allergologiche; 3) attivazione ambulatorio cardiologia pediatrica.	1) protocolli entro 30/06; 2) n° prestazioni >2015; 3) attivazione entro 30/05	SC Pediatria - SSD Allergologia-SC Cardiologia	Documento protocolli; Report	

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Alberto Zambrino



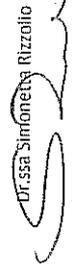
Il Direttore di Struttura
Dott. Oscar Mattini



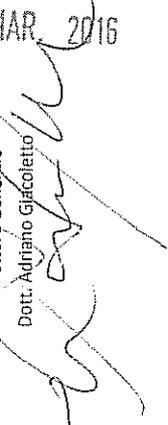
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolio



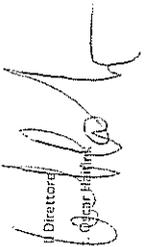
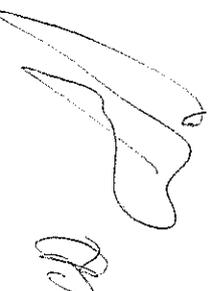
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacometti



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 461 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbalì incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 31 n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 1) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 3) 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 Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditenziali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO 1) 90%; 2) 90%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.c. Qualità	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali Verbale, Relazione, elenco partecipanti Report esito verifica creditenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riesplorativo azioni PO




 Direttore
 Dott. Oscar Filippi


STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADO5		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip. UOCP		RESPONSABILE: dr. Venerando Cardillo	
Obiettivo Economico e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	1, 2) <= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera
Dare attuazione alle rete locale di cure palliative al fine di garantire il più possibile l'integrazione dei servizi di cura e assistenza (intraaziendali e interaziendali), coniugando al meglio gli interventi ospedalieri, domiciliari e ambulatoriali.	progetto attuativo della rete locale cure palliative (territorio ASL NO); report relativo alla applicazione sperimentale nel I semestre 2016	1) elaborato da gruppo di lavoro di cui alla delibera 480 del 29 aprile 2014 ampliato con rappresentanti dell'Area Sud (Cure domiciliari e MMG) entro il 31/05/2016 e condiviso/approvato dalla Direzione Sanitaria ASL NO e AOU entro 30/06/2016 2) punti di forza e punti di debolezza della rete ASL NO alla Direzione Sanitaria ASL NO entro il 31/12/2016.	gruppo di lavoro di cui alla delibera 480 del 29 aprile 2014 ampliato con rappresentanti dell'Area Sud (Cure domiciliari e MMG)
Documenti attesi	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	Progetto e cronoprogramma delle azioni da implementare; report conclusivo	Peso 20

Obiettivo di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Adeguate le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati	>=90%	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCP
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	indicatori previsti dai singoli PDTA	secondo gli standard definiti nei singoli PDTA	strutture aziendali coinvolte nella rete oncologica report
	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero
Documenti attesi	Verbal GIC	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016	Peso 20

Obiettivo di Qualità e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Garantire le dimensioni strutturali e di processo in grado di soddisfare contemporaneamente i requisiti definiti dall'Intesa Stato-Regioni del 25.7.12, ribaditi nella D.G.R. 29-4854 del 30.10.12 di recepimento di tale intesa e dalla DD 388/2013	requisiti soddisfatti/requisiti richiesti dalla DD n. 388/2013 ; studio di fattibilità per soddisfare 100% indicatori di qualità	almeno 60% dei requisiti soddisfatti ; studio di fattibilità da presentare alla Direzione Generale entro il 31/12/2016	UOCP
Documenti attesi	report sugli indicatori di qualità; studio di fattibilità		Peso 20

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



Il Responsabile di Struttura
Dott. Venerando Cardillo

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Sironetta Pizzollo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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</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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2015 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; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p>
		<p>1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterne alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo CredNet, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali</p> <p>Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica credituali</p> <p>Report riepilogativo azioni PO</p>



Il Responsabile
 dott. Venerando Carfagna

[Handwritten signatures and initials]

STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADEs	100
STRUTTURA: s.s.v.dip. Malattie metaboliche e Diabetologia	
RESPONSABILE : dr. Marco Buschini	

Obiettivi economici e di attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016 3) Prescrizione di glucometri e strisce in DPC non allineati alla DD regionale/totale prescrizioni	1, 2) <= 2015 a parità di produzione 3) <= 10%	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera
Dare attuazione al PDTA DM in ASL NO, partecipando all'attività della "Cabina di regia" dell'AICS e collaborando con la rete delle cure primarie (CAP, antenne, MMG)	1) n. riunioni della Cabina di regia; 2) n. nuovi diabetici registrati nel RDD 3) revisione PDTA diabete tipo II	1) almeno 2 nell'arco del 2016 2) 100% 3) approvata da DS entro il 30/6/2016	diabetologia, DMPO, Distretto, CAP
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "ricepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)", nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale

Obiettivi di appropriatezza e qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica dell'ASL NO: - mediante promozione dell'uso di insuline biosimilari - mediante monitoraggio della prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) utilizzando apposita scheda di prescrizione	Percentuale di prescrizione di insulina biosimilare/ prescrizioni di insulina* 100 N. schede di prescrizione di rosuvastatina e associazione simvastativa/ezetimibe compilate dallo specialista e trasmesse alla Farmacia Territoriale/ N. prescrizioni di rosuvastatina e associazione simvastativa/ezetimibe pervenute alla Farmacia Territoriale *100	VALORE 2015 + 20% > 95%	Diabetologia Diabetologia; Farmacia
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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consumativo ICA DMPO 2016

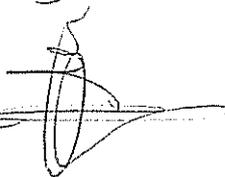


Handwritten signatures and initials.

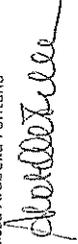
Obiettivo di performance - SVI (anno)					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati 1) n. incontri per la stesura PDTA tiroide a cui si è partecipato/totale incontri effettuati * 100; 2) PDTA predisposto	>=90% 1) 90% ; 2) secondo cronoprogramma	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCP S.C. Chirurgia (coordinatore); s.c. Anatomia Patologica; S.C.Oncologia; ssvd Diabetologia; s.c. UOCP; S.C Radiologia; DMPO; s.c. Qualità	Verbali GIC 1) Verbali; 2) PDTA	5 5

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

Il Responsabile di Struttura
Dott. Marco Buschini



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



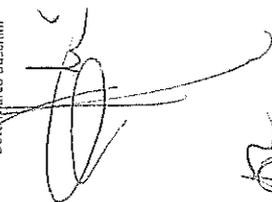
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giaccolletto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2015. 2) Predispensione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RIC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OGGETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma prv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. . . 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Credi.Net; Cruscotto ASI NO/Piano della	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti Report patto verifica credenziali Report ricapitolativo azioni PO

Il responsabile
Dot. Marco Buschini




STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADeS		RESPONSABILE : Dott. Renato Cantone		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip. Allergologia					
Obiettivi Economici ed Ambientali					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	1, 2) <= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacie; report Controllo di Gestione	40
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture ospedaliere; s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali	20
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Definizione e applicazione di un protocollo condiviso con la Pediatria per l'utilizzo appropriato dell'Ossido Nitrico Esalato	1) definizione protocollo; 2) raccolta indicatori definiti nel protocollo	1) protocollo redatto secondo il modello aziendale entro il 30 giugno 2016; 2) raccolta indicatori relativi al secondo semestre 2016	ssvDip Allergologia; s.c. Pediatria	1) protocollo secondo format; 2 report indicatori	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) Indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	20



Handwritten signature and initials in the top right corner of the page.

101. 31 MAR. 2016

Obiettivi di innovazione e sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Miglioramento della capacità di risposta della SSD per il contenimento delle Liste di attesa (progetto Isorisorse 2015-2016)	1) Aggiornare il GANT del progetto in funzione delle attività realmente svolte nel 2015; 2) Elaborazione di schemi a semaforo, sulla base dei criteri di appropriatezza individuati 3) predisposizione documentazione per la realizzazione di corso FAD per MMIG/PLS	1) entro il 31/03/2016; 2, 3) secondo GANT progetto	ssvDip Allergologia; s.c. Qualità e Comunicazione	1) GANT; 2) SCHEMI; 3) slide corso	

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

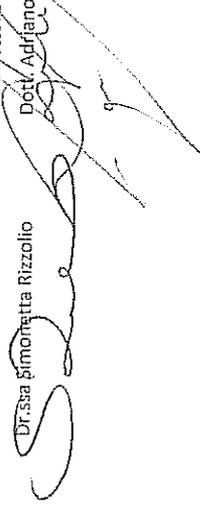
Il Responsabile di Struttura
Dott. Renato Cantone



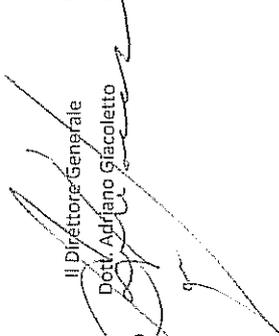
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Drt.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacchetto

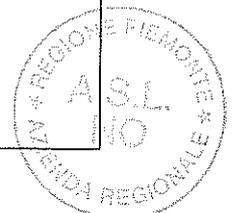



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CCNL 03/11/05

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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controllo p.pv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al fucolo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; 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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report risplogativo azioni PO

Il Responsabile

dot. Renato Cantone



STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADeS	100
STRUTTURA: s.c. SIMT	
DIRETTORE : Dott. Giovanni Camisasca	

Obiettivi economici ed attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
Rispetto del budget di spesa assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= Budget assegnato 2016 pari a € 160.000 (Budget 2015 assegnato)	Ordinatori di spesa	20
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	20
Completamento dell'attivazione del CPVE al servizio dell'AIC3 di riferimento così come previsto dalla Nota Direzione Sanita Regione Piemonte Prot. 15596 / A1403A del 10/08/2015 nonché dalla DD 148 del 04/03/2014; progressiva acquisizione della lavorazione delle unità di emocomponenti	1) stesura cronoprogramma in Cabina di regia con Direzioni Sanitarie Aziendali; 2) Acquisizione attrezzature necessarie rispetto al cronoprogramma; 3) Inizio attività come da cronoprogramma	1) entro 30/06/2016; 2) entro 30/09/2016; 3) dal 01/10/2016	SIMT, LABORATORIO ANALISI CPVE	15

Obiettivi di appropriatezza e qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
Implementazione della gestione del "Patient Blood Management" in accordo con quanto previsto dal decreto "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" del 02/11/2015	Predisposizione PDTA per la gestione del paziente candidato a chirurgia d'elezione e con quadro clinico di anemia od anemia latente; ☒	entro il 31/10/2016	CPVE per Simt (valutazione ambulatoriale) e Laboratorio analisi (appropriatezza e gestione test ematologici), Ambulatorio preoperatori (Anestesiisti), Ortopedia, Urologia, Chirurgia Generale, Farmacia, Day Hospital multidisciplinare, Direzione Medica, s.c. Qualità	15
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016	indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	15



Handwritten signatures and initials.

Obiettivo di Innovazione Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Introduzione delle metodiche di filtrazione globale per la produzione degli emocomponenti anche al servizio dell'AIC3 e relativa gestione dei Controlli di qualità	emocomponenti filtrati prestorage/emocomponenti totali prodotti	100% degli emocomponenti prodotti dal momento in cui sia stata implementata e convalidata la tecnologia prevista	CPVE Simit e Laboratorio	Report di convalida della produzione di emocomponenti filtrati e dei relativi controlli di qualità	15
Aggiornare le procedure in uso alla struttura secondo le indicazioni del Decreto del 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti	n. procedure aggiornata/totale procedure da aggiornare	90%	Strutture rappresentate nel COBUS, SC Qualità	Procedura secondo format aziendale	*

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

Il Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Camisasca



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Foptana



Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacinto




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

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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione eraria 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verballi incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscoito ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECMI garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BUS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscoito ASI NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale);	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche creditenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscoito ASI NO)	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
		2) la relazione	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica creditenziali Report risaplogativo azioni PO

Il Direttore

dot. Giovanni Camisaca





STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADES		DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		100
STRUTTURA: s.c. Laboratorio Analisi				
Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	35
Garantire per quanto di competenza l'applicazione della DGR 50-2484 del 23/11/2015 "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Analisi. Prime indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione"	azioni previste dalla DGR	attuare secondo le tempistiche regionali	SIMT, LABORATORIO ANALISI CPVE	15
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	1) Ricognizione dell'evidenze documentali esistenti 2) Programma di adeguamento	1) 31.10.2016 2) 31.12.2016	s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale, s.c. Anatomia Patologica	25
Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
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 2016	indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	25
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Peso
Progetto miglioramento "integrazione SIMT e Laboratorio Analisi"	progetto realizzato	entro 31/12/2016	SIMT, Laboratorio Analisi	*

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



Il Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacobetto

STRUTTURA: DIPARTIMENTO DADeS		100	
DIRETTORE: Dott.ssa Silvia CRISTINA			
STRUTTURA: s.c. ANATOMIA PATOLOGICA			
Obiettivi, contenuti e attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera
Adeguamento delle strutture ospedaliere ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	1) Ricognizione dell'evidenze documentali esistenti 2) Programma di adeguamento	1) 31.10.2016 2) 31.12.2016	s.c. Qualità; s.c. Tecnico Patrimoniale, s.c. Anatomia Patologica
Garantire per quanto di competenza l'applicazione della DGR 50-2484 del 23/11/2015 "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Analisi. Prime indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione"	azioni previste dalla DGR	attuate secondo le tempistiche regionali	SIMT, LABORATORIO ANALISI CPVE

Obiettivi, contenuti e attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Adeguare le attività rese nell'ambito della rete oncologica ai disposti della DGR n. 51-2485 del 23/11/2015, garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	N° incontri GIC a cui il componente della SC ha partecipato/n° incontri effettuati 1) n. incontri per la stesura PDTA tumori cutanei a cui si è partecipato/totale incontri effettuati * 100; 2) PDTA predisposto 1) n. incontri per la stesura PDTA tiroide a cui si è partecipato/totale incontri effettuati * 100; 2) PDTA predisposto	>=90% 1) 90% ; 2) secondo cronoprogramma 1) 90% ; 2) secondo cronoprogramma	Anatomia Patologica, Radiologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina, Ginecologia, Chirurgia, Oncologia, UOCC s.c. Anatomia Patologica (coordinatore); S.C.Chirurgia s.c. Anatomia Patologica; S.C.Oncologia, s.c. UOCC; S.C Radiologia; DMPO; s.c. Qualità, Medicina Nucleare S.C. Chirurgia (coordinatore); s.c. Anatomia Patologica; S.C.Oncologia; ssvd Diabetologia; s.c. UOCC; S.C Radiologia; DMPO; s.c. Qualità
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGx, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) /ASL NO 2015	indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero



Handwritten signatures and initials, including a large signature and the initials 'cb'.

Obiettivo di miglioramento: Indicatori					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Monitorare gli indicatori della rete oncologica, per quanto di pertinenza: A) numero di nuovi casi di cancro diagnosticati dalla Struttura (istologici/citologici positivi) sia per pazienti interni che esterni; B) indicatori previsti dai singoli PDTA	A1) identificazione delle modalità di trasmissione dei dati al CAS; A2) attivazione dell'invio; A3) n. casi inviati/n. casi diagnosticati * 100; B) raccolta dei singoli indicatori per ciascun PDTA	A1) entro 31/03/2016; A2) dal 1° aprile 2016; A3) 100%; B) secondo gli standard definiti nei singoli PDTA	strutture aziendali coinvolte nella rete oncologica	A1) istruzioni operative; A2;A3) report CAS; B) report	10

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

Il Direttore di Struttura
Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana



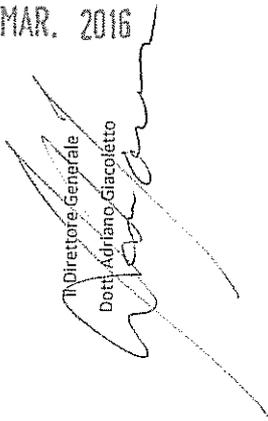
Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giaccolletto




VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDH 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: 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</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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo o verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PALS; "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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI. NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica credituali Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Direttore

dot. ssa Silvia Cristina



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORE: dott. Domenico Nano

Obiettivi Economiche di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Budget 2016 utilizzato dalle strutture del Dipartimento	<= Budget di spesa assegnato per il 2016 alle strutture del Dipartimento	tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			report Controllo di Gestione

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			Report OIV

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	tutte le strutture aziendali
			Documenti attesi
			Report sc Personale

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Domenico Nano

Domenico Nano

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto

Adriano Giacoletto



STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		DIRETTORE : dott. Domenico NANO		100	
STRUTTURA: s.s.v.dip. SPDC		DIRETTORE : dott. Franco POLLASTRO			
Obiettivo Economico dell'Asst					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2016; 2) Consumo dispositivi medici 2016	<= 2015 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	10
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito	20
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di medicinali antipsicotici atipici: formulazioni IM long acting di Paliperidone, Risperidone, Aripiprazolo etc (N05AX).	Costo totale delle terapie anno 2016	= 2015	DSM	Report FO	10






Obiettivi di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Limitare il fenomeno della contenzione	1) Rivedere le attuali modalità di contenzione (definizione criteri, aggiornamento protocolli) e riorganizzazione della rete di supporto territoriale; 2) monitoraggio e supporto nella revisione	1) entro il 30.09.2016; 2) almeno 1 incontro	Tutte le strutture del DSM	1) relazione; 2) verbale incontro e relazione conclusiva	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	10
Supportare l' NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/IRCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO	n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti dal NCRE	90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	10

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Predisporre/aggiornare protocollo per TSO presso SPDC Borgomanero condiviso con autorità sanitaria locale (Sindaco) e Forze dell'Ordine	protocollo predisposto/aggiornato	condiviso con DMPO, UMP, Sindaco e Forze dell'Ordine entro il 31/12/2016 e trasmesso alla Direzione Generale per recepimento	DSM, DMPO	Protocollo	*
Migliorare il percorso di continuità assistenziale all'interno del DSM	1) revisione/definizione del percorso di continuità assistenziale con definizione di specifici criteri di invio presso strutture al di fuori del DSM; 2) n. ricoveri in strutture al di fuori del DSM	1) entro il 30 giugno 2016; 2) < rispetto al 2015	Tutte le strutture del DSM	1) percorso con criteri di invio; 2) report	20

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Domenico Nano

Il Direttore di Struttura
Dott. Franco Pollastro

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Rabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale
Dr. Adriano Giocolotto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvio del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO, . almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet, posta elettronica).	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

Il Direttore

dott. Franco Pollastro

Handwritten signature of Franco Pollastro

OM

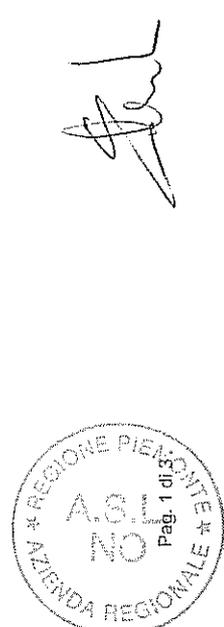
Large handwritten signature



STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE : dott. Domenico NANO	100
STRUTTURA: s.s.v.dip. CSM Arona	DIRETTORE : dott. Ettore QUADRO	

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di medicinali antipsicotici atipici: formulazioni IM long acting di Paliperidone, Risperidone, Aripiprazolo etc. (N05AX).</p> <p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>Costo totale delle terapie anno 2016</p> <p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	= 2015	<p>DSM</p> <p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>Report FO</p> <p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	10
<p>Attuare le azioni di competenza del DSM definite nel PAT 2016 (assistenza psichiatrica), ed in particolare ridefinire le modalità di presa in carico congiunte dei pazienti psichiatrici ASL NO- AOU Maggiore della Carità - Enti Gestori</p>	<p>1) Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti/popolazione > 18 2) N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18 3) N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18 4) procedura di presa in carico pz psichiatrico congiunta con Enti Gestori</p>	<p>1, 2, 3) mantenimento standard anno 2015 (cfr. PAT 2016); 4) procedura definita e sottoscritta da DSM ed Enti Gestori, trasmessa alla Direzione Generale per recepimento (cfr. PAT 2016 scheda 09)</p>	<p>DSM, Distretti, PASSI, (Enti gestori)</p>	<p>Report; Procedura</p>	15

7
MA
8

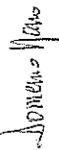


Obiettivi di Appropriazione e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Limitare il fenomeno della contenzione	1) Rivedere le attuali modalità di contenzione (definizione criteri, aggiornamento protocolli) e riorganizzazione della rete di supporto territoriale; 2) monitoraggio e supporto nella revisione	1) entro il 30.09.2016; 2) almeno 1 incontro	Tutte le strutture del DSM	1) relazione; 2) verbale incontro e relazione conclusiva	15
Attuare per le parti di competenza il programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	15
Supportare l' NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/IRCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO	n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti dal NCRE	90%	SC RRE, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	15

Obiettivi di Implementazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare il percorso di continuità assistenziale all'interno del DSM	1) revisione/definizione del percorso di continuità assistenziale con definizione di specifici criteri di invio presso strutture al di fuori del DSM; 2) n. ricoveri in strutture al di fuori del DSM	1) entro il 30 giugno 2016; 2) < rispetto al 2015	Tutte le strutture del DSM	1) percorso con criteri di invio; 2) report	15
Predisporre/aggiornare protocollo per TSO presso SPDC Borgomanero condiviso con autorità sanitaria locale (Sindaco) e Forze dell'Ordine	protocollo predisposto/aggiornato	condiviso con DMPO, UIMP, Sindaco e Forze dell'Ordine entro il 31/12/2016 e trasmesso alla Direzione Generale per recepimento	DSM, DMPO	Protocollo	15

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

Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Domenico Nano



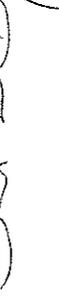
Il Responsabile di Struttura
 Dott. Ettore Quadro



Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
 Dott.ssa Simona Rizzello

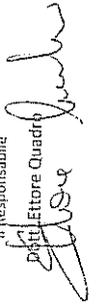


Il Direttore Generale
 Dott. Agrario Giacinto




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

Parametro	Criterio	indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/convolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppy 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Rucolo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECVI garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D, PBL, "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni P.O

Il Responsabile
 Dott. Lottore Quadro



 DM



STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		DIRETTORE : dott. Domenico NANO		100		
STRUTTURA: U.M. PSICHIATRIA Borgomanero		DIRETTORE : dott.ssa Piera MAININI				
Obblighi Economici di Attribuzione						
Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di medicinali antipsicotici atipici: formulazioni IM long acting di Risperidone, Risperidone, Aripiprazolo etc (NDSAX).		Costo totale delle terapie anno 2016	= 2015	DSM	Report FO	10
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali".		1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Struttura D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito	10
Attuare le azioni di competenza del DSM definite nel PAT 2016 (assistenza psichiatrica), ed in particolare ridefinire le modalità di presa in carico congiunte dei pazienti psichiatrici ASI NO- AOU Maggiore della Carità - Enti Gestori		1) Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti/popolazione > 18 2) N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18 3) N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18 4) procedura di presa in carico pz psichiatrico congiunta con Enti Gestori	1, 2, 3) mantenimento standard anno 2015 (cfr. PAT 2016); 4) procedura definita e sottoscritta da DSM ed Enti Gestori, trasmessa alla Direzione Generale per recepimento (cfr. PAT 2016 scheda 09)	DSM, Distretti, PASSI, (Enti gestori)	Report; Procedura	

101

31 MAR 2016

pu
/ /
ds
do



Obiettivo di Impianzione - SUII					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Limitare il fenomeno della contenzione	1) Rivedere le attuali modalità di contenzione (definizione criteri, aggiornamento protocolli) e riorganizzazione della rete di supporto territoriale; 2) monitoraggio e supporto nella revisione	1) entro il 30.09.2016; 2) almeno 1 incontro	Tutte le strutture del DSM	1) relazione; 2) verbale incontro e relazione conclusiva	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consulativo ICA DIMPO 2016	10
Supportare l' NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/IRCCS insistenti sul territorio dell'ASI NO	n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti dal NCRE	90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	20
Obiettivo di Impianzione - SUII					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare il percorso di continuità assistenziale all'interno del DSM	1) revisione/definizione del percorso di continuità assistenziale con definizione di specifici criteri di invio presso strutture al di fuori del DSM; 2) n. ricoveri in strutture al di fuori del DSM	1) entro il 30 giugno 2016; 2) < rispetto al 2015	Tutte le strutture del DSM	1) percorso con criteri di invio; 2) report	20
Predisporre/aggiornare protocollo per TSO presso SPDC Borgomanero condiviso con autorità sanitaria locale (Sindaco) e Forze dell'Ordine	protocollo predisposto/aggiornato	condiviso con DMPO, UMP, Sindaco e Forze dell'Ordine entro il 31/12/2016 e trasmesso alla Direzione Generale per recepimento	DMPO, DMPO	Protocollo	10

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Domenico Nano



Il Direttore di Struttura *
Dott.ssa Piera M...



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giaretto



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSV(DIP) AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CONI. 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da Indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un mese da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali - incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI, NO/Piano della	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 (RLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credituali Aggiornamento del data base utilizzabile per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)		Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credituali
			Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report tripligrativo azioni PO

IL DIRETTORE
Dott. *[Firma]*
[Firma]



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 163 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di struttura semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro personale	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri Semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenza Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni della data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppy 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera confermata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterne alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE
Dott. Domenico Nano





STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE : dott. Domenico NANO	90
STRUTTURA: U.M. PSICHIATRIA NOVARA	DIRETTORE : dott. Domenico NANO	

CONFERENZA REGIONALE DI SALUTE					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Gestione del Budget del DSM nei termini di assegnazione	Budget DSM utilizzato 2016	<= Budget DSM assegnato pari a € 3.495.460,85 (Pari a budget 2015 assegnato)	Ordinatori di spesa	Report Controllo di Gestione	
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito	10
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di medicinali antipsicotici atipici: formulazioni IM long acting di Paliperidone, Risperidone, Aripiprazolo etc (NDSAX).	Costo totale delle terapie anno 2015	= 2015	DSM	Report FO	10
Attuare le azioni di competenza del DSM definite nel PAT 2016 (assistenza psichiatrica), ed in particolare ridefinire le modalità di presa in carico congiunte dei pazienti psichiatrici ASL NO - AOU Maggiore della Carità - Enti Gestori	1) Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti/popolazione > 18 000 2) N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18-64 anni > 18 000 3) N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica/popolazione > 18-64 anni > 18 000 4) procedura di presa in carico pz psichiatrico	1, 2, 3) mantenimento standard anno 2015 (cfr. PAT 2016); 4) procedura definita e sottoscritta da DSM ed Enti Gestori, trasmessa alla Direzione Generale per recepimento (cfr. PAT 2016 scheda 09)	DSM, Distretti, PASSI, (Enti gestori)	Report; Procedura	10

X DM

(Handwritten signatures and initials)



Obiettivo di programmazione triennale					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Limitare il fenomeno della contenzione	1) Rivedere le attuali modalità di contenzione (definizione criteri, aggiornamento protocolli) e riorganizzazione della rete di supporto territoriale; 2) monitoraggio e supporto nella revisione	1) entro il 30.09.2016; 2) almeno 1 incontro	Tutte le strutture del DSM	1) relazione; 2) verbale incontro e relazione conclusiva	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 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 - applicazione sperimentale scheda di ricognizione predisposta da UGR 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA	1A) avvio sperimentazione trimestrale 1° settembre 2016; 1B) valutazione sperimentazione entro 31/12/2016; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura	DMPO, Tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1A) schede compilate; 1B) relazione criticità emerse; 2) Consuntivo ICA DMPO 2016	10
Supportare l' NCRE nell'attività di controllo sulle strutture private accreditate/IRCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO	n° sopralluoghi effettuati/numero sopralluoghi richiesti dal NCRE	90%	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Dietretti, SC PASSI, DSM	report PASSI	10

Obiettivo di programmazione triennale					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Predisporre/aggiornare protocollo per TSO presso SPDC Borgomanero condiviso con autorità sanitaria locale (Sindaco) e Forze dell'Ordine	protocollo predisposto/aggiornato	condiviso con DMPO, UMP, Sindaco e Forze dell'Ordine entro il 31/12/2016 e trasmesso alla Direzione Generale per recepimento	DSM, DMPO	Protocollo	10
Migliorare il percorso di continuità assistenziale all'interno del DSM	1) revisione/definizione del percorso di continuità assistenziale con definizione di specifici criteri di invio presso strutture ai di fuori del DSM; 2) n. ricoveri in strutture ai di fuori del DSM	1) entro il 30 giugno 2016; 2) < rispetto al 2015	Tutte le strutture del DSM	1) percorso con criteri di invio; 2) report	20

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Domenico Nano

Il Direttore di Struttura
Dott. Domenico Nano

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simona Rizzolio

Il Direttore Generale
Dott. Agrario Giacoleto



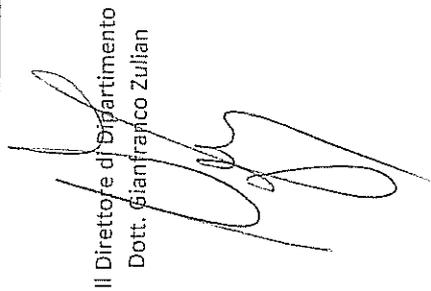
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian
-------------------------	------------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Concorrere al contenimento dei costi del Dipartimento	Budget 2016 utilizzato dalle strutture del Dipartimento	<= Budget di spesa assegnato per il 2016 alle strutture del Dipartimento	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			report Controllo di Gestione

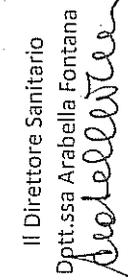
Obiettivi di Appropriazione e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Coordinare e monitorare l'attuazione degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento in modo da garantirne il raggiungimento.	Valore medio % di raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti	>= 90%	Tutte le strutture del Dipartimento
			Documenti attesi
			Report OIV

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Facilitare il processo di attuazione dell'atto aziendale	Nuova articolazione organizzativa	Secondo atto aziendale entro il 31/12/2016	Tutte le strutture aziendali
			Documenti attesi
			Report su Personale

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulian



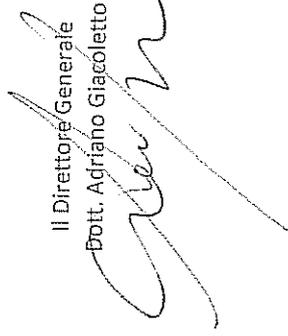
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I.	DIRETTORE : dott. Gianfranco Zulian		100
STRUTTURA: s.s.v.dip. Sanità Penitenziaria	RESPONSABILE: Dott. Livio Giuliano		

Obiettivo economico di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispetto del Budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= budget assegnato 2016 pari A € 165.000	Ordinatori di spesa
Documenti attesi	Report Gestione	Controllo di	Peso 40

Obiettivi di promozione e sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Revisione delle modalità di richiesta degli esami ematochimici presso la C.C. di Novara, con applicazione delle indicazioni – finalizzate a una corretta prescrizione degli esami di laboratorio – emanate dal "Gruppo di lavoro Multidisciplinare per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e dell'appropriatezza clinica dell'uso degli esami di laboratorio, in adempimento alla DGR 15-7486 del 23/04/2014"	<p>1) Trasmissione dei criteri per la prescrizione degli esami ematochimici, predisposti dal Gruppo di lavoro Multidisciplinare, a tutti i medici di guardia presso la C.C. di Novara e p.c. al personale infermieri-co.</p> <p>2) Supervisione delle prescrizioni di esami ematochimici effettuate presso la C.C. di Novara dal personale medico che vi opera (medici di guardia e specialisti) ed eventuale loro correzione, con adeguamento alle linee-guida predisposte dal Gruppo di lavoro Multidisciplinare, da parte del Responsabile della Struttura o – in sua assenza – dal suo sostituto.</p>	<p>1) entro il 31/05/2016; 2) 100% delle richieste supervisionate dal responsabile della ssvd sanità Penitenziaria adeguate alle linee-guida di riferimento, (rilevazione avviata a partire dall'assegnazione dell'obiettivo)</p>	60
Documenti attesi	Report finale, entro il 31.12.2016	SSVD Sanità Penitenziaria	

Obiettivi di promozione e sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso
Prosecuzione processo di implementazione della cartella clinica elettronica, secondo la tempistica e le indicazioni della Regione Piemonte, presso il Presidio Sanitario della C.C. di Novara	<p>1) Partecipazione agli incontri formativi sull'utilizzo della cartella clinica elettronica predisposti dal CSI Piemonte</p> <p>2) Ottemperanza alle indicazioni circa l'implementazione della cartella clinica elettronica pervenute dalla Regione Piemonte</p>	<p>1) almeno due operatori sanitari del Presidio Sanitario presso la C.C.; 2) secondo le indicazioni della Regione Piemonte</p>	
Documenti attesi	Report finale, entro il 31.12.2016	SSVD Sanità Penitenziaria	

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulian

Il Responsabile di Struttura
Dott. Livio Giuliano

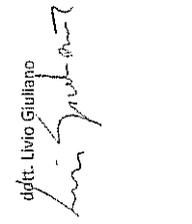
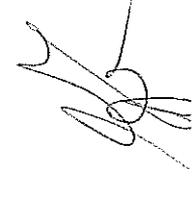
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

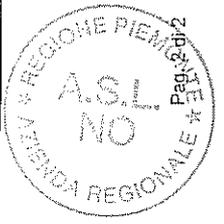
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbalizzati - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma pvv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO, . 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informativi messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	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) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
		Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report estro verifica credenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riieplogativo azioni PO

Il Responsabile
 dott. Lwio Giuliano







STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I.	DIRETTORE : dott. Gianfranco Zullian	100
STRUTTURA: s.s.v.dip. Programmazione e controllo delle attività esterne	RESPONSABILE: Dott. Paolo Garavana	

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ		PESO	
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Mappatura dei procedimenti, e relativa definizione dei tempi di conclusione e pubblicazione	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispettati i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, MTSS, SERT, Strutture DSM
Adeguamento delle strutture territoriali ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "ricepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (lep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture territoriali s.c. Qualità, s.c. Tecnico Patrimoniale; PROCAE

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ		PESO	
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Promuovere il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato e tutela dei diritti su revisione Carta dei Servizi e rilevazione livello soddisfazione utenti.	1) n. riunioni 2) Revisione Carta dei Servizi 3) formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti	1) n. 2 riunioni entro 31/12/2014 2) entro 31/12/2016 3) >= 1 - entro 30/08/2014 attivazione entro 31/12/2016 pubblicazione risultati	Pr.C.A.E. - Distretti - Qualità

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ		PESO	
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Promuovere la corretta attuazione della normativa in materia di mobilità internazionale alla luce delle modifiche normative e regolamentari con particolare riferimento alla gestione della modulistica internazionale	1) riunioni con referenti distrettuali 2) verifica/revisione modalità operative	1) >= 2 riunioni anno 2) entro 31/12	Pr.C.A.E. - Distretti

(*1) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-10625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zullian

Il Responsabile di Struttura
Dott. Paolo Garavana

Il Direttore Sanitario
Dott. Sabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simonetti Rizzolio

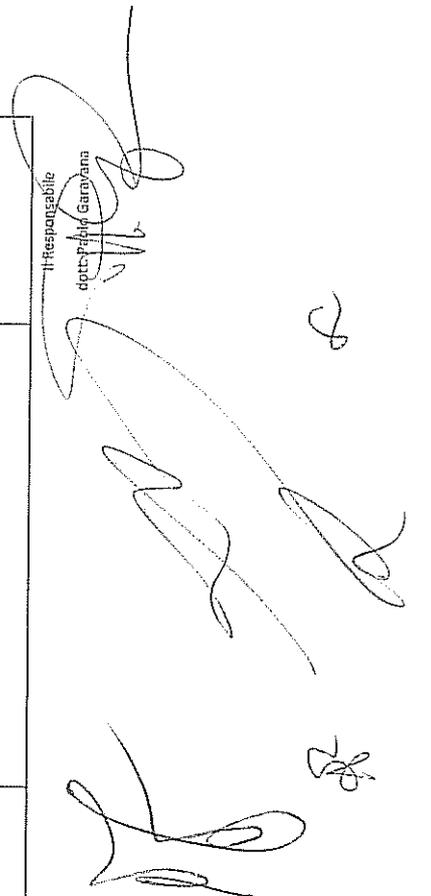
Il Dirigente Generale
Dott. Adriano Giacaleto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semiplico, 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 Semiplico 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 2015... 2) Predispunzione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro dell'Ufficio personale	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella 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 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmesse al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

Il Responsabile
dott. Paolo Garavana




STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I.		DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian		#####	
STRUTTURA: s.s.v.dip. Sanità Penitenziaria		RESPONSABILE: Dott. Livio Giuliano			
Obiettivi Economici ed Attivi					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del Budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= budget assegnato 2016 pari a € 165.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di Gestione	40
Partecipazione alla istituenda Unità Forense, gruppo multidisciplinare coordinato dalla SC Psichiatria	N. presenze a incontri/N. convocazioni	90%	DSM, Ser-T, Penitenziaria	verbali	20

Obiettivi Appropriatozze e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Revisione delle modalità di richiesta degli esami ematochimici presso la C.C. di Novara, con applicazione delle indicazioni -- finalizzate a una corretta prescrizione degli esami di laboratorio -- emanate dal "Gruppo di lavoro Multidisciplinare per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e dell'appropriatezza clinica dell'uso degli esami di laboratorio, in adempimento alla DGR 15-7486 del 23/04/2014"</p> <p>1) Trasmissione dei criteri per la prescrizione degli esami ematochimici, predisposti dal Gruppo di lavoro Multidisciplinare, a tutti i medici di guardia presso la C.C. di Novara e p.c. al personale infermieristico.</p> <p>2) Supervisione delle prescrizioni di esami ematochimici effettuate presso la C.C. di Novara dal personale medico che vi opera (medici di guardia e specialisti) ed eventuale loro correzione, con adeguamento alle linee-guida predisposte dal Gruppo di lavoro Multidisciplinare, da parte del Responsabile della Struttura o -- in sua assenza -- dal suo sostituto.</p>		1) entro il 31/05/2016; 2) 100% delle richieste supervisionate dal responsabile della ssvd sanità Penitenziaria adeguate alle linee-guida di riferimento, (rilevazione avviata a partire dall'assegnazione dell'obiettivo)	SSVD Sanità Penitenziaria	Report finale, entro il 31.12.2016	40

Obiettivi Innovazione Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Prosecuzione processo di implementazione della cartella clinica elettronica, secondo la tempistica e le indicazioni della Regione Piemonte, presso il Presidio Sanitario della C.C. di Novara</p> <p>1) Partecipazione agli incontri formativi sull'utilizzo della cartella clinica elettronica predisposti dal CSI Piemonte</p> <p>2) Ottemperanza alle indicazioni circa l'implementazione della cartella clinica elettronica pervenute dalla Regione Piemonte</p>		1) almeno due operatori sanitari del Presidio Sanitario presso la C.C.; 2) secondo le indicazioni della Regione Piemonte	SSVD Sanità Penitenziaria	Report finale, entro il 31.12.2016	*

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

REGIONE PIEMONTE
ASL NO
PIEMONTE REGIONALE
Pag. di 2

Il Responsabile di Struttura
Dott. Livio Giuliano

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
D.ssa Simbretta Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto

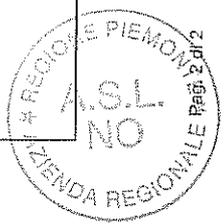
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDIP AI SENSI DELL'ART. 27, COMMA 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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</p> <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>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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p> <p>1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016;</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>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione obiettivi; raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile</p> <p>Valutazione annuale Verbali Incontri - report presenze Relazione accorpata</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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/coinvigilamento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI, NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI, NO. 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e 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); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipanti</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI, NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credituali</p> <p>Aggiornamento dei dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI, NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report esito verifica credituali</p> <p>Report riepilogativo azioni PO</p>

Il Responsabile

dir. Livio Giuliano



STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.S.I.	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.s.v.dip. Alcologia	RESPONSABILE: Dott. Livio GIULIANO	

Bilancio di Programmazione triennale			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Rispetto del Budget assegnato	Budget utilizzato anno 2016	<= budget assegnato € 346.409,42 (cfr. DGR 47-1700 del 6.7.15 budget tossicodipendnze pari a € 912.419,77 annui per il triennio 2015/2017)	SERT, Alcologia
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SERT, Strutture DSM

Bilancio di Programmazione triennale			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
Revisione procedura accertamenti alcolici sui lavoratori, alla luce delle nuove indicazioni contenute nella DGR n. 29-2928 del 26.10.2015.	Procedura aggiornata e condivisa, inviata alla s.c. Qualità	entro il 31.12.2016	ssvd Alcologia; s.c. NTSS
Completamento del "progetto di miglioramento della qualità isorisorse" (biennale) elaborato con la sc NTSS e avviato nel 2015	1) programma e contenuti dell'incontro informativo; 2) n. Incontri effettuati; 3) Aggiornamento opuscolo digitale "Alcol nella vita ... e nel lavoro"; pubblicato nella sezione intranet del sito dell'ASL NO	1) entro il 30/05/2016; 2) almeno 3/anno; 3) aggiornamento e pubblicazione nella sezione intranet entro il 31/12/2016	ssvd Alcologia, sc NTSS

*

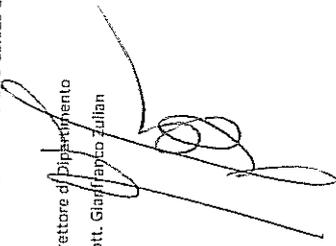


Handwritten signatures and initials:
 - A large signature on the left.
 - Initials 'LJ' and 'G' in the middle.
 - A signature 'M' on the right.
 - A signature 'dy' at the top right.

Società di Impianti S.p.A.			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte
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
			Documenti attesi
			Rendicontazione del PLP
			Peso
			20

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Julian



Il Responsabile di Struttura
Dott. Livio Giuliano



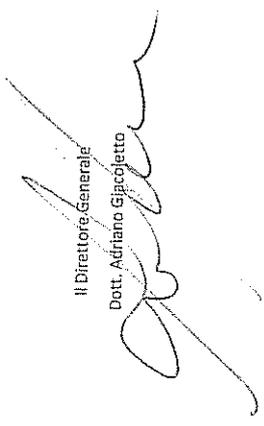
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo



Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoletto




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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficientemente attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	<p>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 461 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 2015... 2) Predispone di turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale</p>	<p>Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 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 TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con IPC; 3) relazione ascripta</p>	<p>1) Entro un range da 94 a 100% 2) Partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016</p>	<p>Valutazione annuale Verbali incontri - report presenza Relazione ascripta</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 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 in duplice/collaudato del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si fare garante di governo nella realizzazione e di compilare il Cruscotto ASI. NO retribuzione a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO. 3) almeno 2 incontri</p>	<p>Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali</p>
		<p>1) n. operatori che hanno acquistato il numero minimo di crediti ECLM garantiti dall'ASI. NO per l'anno in corso (almeno 200/rotale 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) riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione</p>	<p>1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento</p>	<p>Verbale, Relazione, elenco partecipandi</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASI, NO/Piano della Performance Aziendale)</p>	<p>Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)</p>	<p>Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p>	<p>Report esito verifica credenziali</p>
			<p>Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>Report riapogativo azioni PO</p>

Il Responsabile
dott. Livio Giuliano



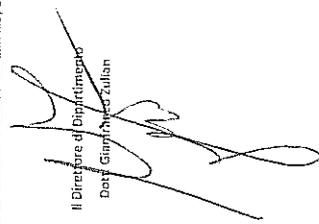
STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.L.		DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian		100	
STRUTTURA: S.C. SERT.		DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Respetto del Budget assegnato</p> <p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Al fine della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 350, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>	<p>Budget utilizzato anno 2016</p> <p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>	<p>< budget assegnato 564.010,35 (cfr. DGR 47-1700 del 6-7-15 budget tossicodipendenze pari a € 912.419,77 annui per il triennio 2015/2017) * 100/600 per quota cooperativa infermieri per distribuzione metadone</p> <p>1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 199/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>	<p>SERT, Alcolgia</p> <p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PICOAE, NTSS, SERT, Strutture DSM</p>	<p>Report Controllo di Gestione</p> <p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>	20
<p>Adeguamento delle strutture territoriali ai requisiti minimi per l'accredimento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32/2366 "Recupero dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSM del 19 febbraio 2015)", nel rispetto delle indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione</p>	<p>requisiti previsti dalla DGR soddisfatti</p>	<p>Evidenze documentali predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità</p>	<p>tutte le strutture territoriali s.c. Qualità, s.c. Tecnico Patrimoniale</p>	<p>evidenze documentali</p>	10
<p>Collaborare per quanto di competenza all'attuazione del PAT 2016, ed in particolare perseguire gli obiettivi di governo dell'assistenza ai pazienti tossicodipendenti</p>	<p>1) N° utenti in carico/popolazione 15-65 anni; 2) N° giornate di serbitalità per assistenza ai tossicodipendenti 15-65 anni; 3) N° giornate di serbitalità per assistenza ai tossicodipendenti 15-65 anni; 4) incontri su temi socio sanitari del comitato partecipativo di dipartimento</p>	<p>1, 2, 3) mantenimento standardi anno 2015 (cfr. PAT 2016); 4) almeno 1/anno che coinvolga Enti gestori e Distretti (cfr. PAT scheda 09)</p>	<p>SERT Disiretti DSM</p>	<p>Report Controllo di Gestione</p>	10
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
<p>Mantenimento di un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche e i criteri di qualità con capacità di risposta ai bisogni globali della persona (Sanitari, Educativi e Sociali), prevedendo Programmi terapeutici per i soggetti TD in carico comprendenti diverse tipologie di trattamento (approccio multidisciplinare con interventi coordinati in ambito psicologico, educativo/sociale) medico/sanitario</p> <p>Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza</p> <p>Partecipazione alla Istituzione Unità Forense, gruppo multidisciplinare coordinato dalla SC Psichiatria</p> <p>Aggiornare pubblicazione on line "immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO"</p>	<p>Percentuale di soggetti TD in carico sottoposti nell'anno 2015 a trattamento multidisciplinare, rispetto ai soggetti TD in carico nell'anno 2015 sottoposti a trattamento multidisciplinare</p> <p>azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100</p> <p>N. presenze a incontri/N. convocazioni</p> <p>N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)</p>	<p>1/2 11%</p> <p>>= 90%</p> <p>90%</p> <p>Al 31/12/2016 per ciascuna struttura - almeno 1 scheda "revisionata" nel 2016 - 0 schede con pubblicazione precedente a 2013;</p>	<p>s.c. Sert: sedi di Novara, Trecento, Arona, Borgomanero</p> <p>strutture coinvolte nel PLP</p> <p>DSM, SERT, Penitenziaria</p> <p>SSERI SIAM, SISP, Spressal, SIAV B, SIAVC, SERT</p>	<p>Report con dati estratti dal DMH SIRD/PADDI anno 2016 vs anno 2015</p> <p>Rendicontazione del PLP</p> <p>verbali</p> <p>Schede revisionate e pubblicate</p>	10



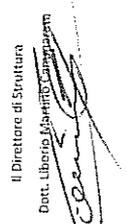
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Miglioramento della qualità dei Servizi erogati al paziente tabagista con patologie fumo-correlate - prosecuzione attività iniziata nell'anno 2015	1) Rendicontazione dell'efficacia dell'azione attraverso incontri predefiniti o condivisione online delle attività/azioni previste (carteggio elettronico); 2) N. di pazienti tabagisti con patologie fumo-correlate affetti alle strutture di destinazione/ visti nelle strutture di pertinenza; 3) avvio specifico percorso con accesso diretto al CCT dei pazienti visti presso l'ambulatorio PDTA BRICO di Novara, gestito dall'IRCCS nell'ambito del Progetto di Disease Management	1) Almeno quattro incontri nell'anno 2016 (attività da concludere entro il 30 novembre 2016) per verificare l'andamento dell'azione; 2) ≥ al 20%; 3) dal 1 maggio 2016	S.C. Medicina Interna; s.s.v.d. Oncologia; S.C. Cardiologia e terapia intensiva coronarica; S.S.v.d. ORL; S.S.v.d. Diabetologia e malattie metaboliche; Specialisti ambulatoriali ORL; Specialista ambulatoriale Pneumologo; S.C. SerT/CTT	Relazione finale con allegati (documenti/verbali incontri residenziali o comunicazioni online (carteggio elettronico).	10
Sviluppo di intese con Centri di terapia del dolore finalizzate alla verifica di casi di addiction da uso/abuso di farmaci "painkiller" e sulle necessità di intervento	definizione di specifico progetto e studio di fattibilità sull'argomento (valutazione epidemiologica, valutazione preliminare con i Centri di terapia del dolore, ecc)	entro il 30/09/2016	S.C. SerT - Centri di terapia del dolore - S.S.EPI; S.C. Farmacia Territoriale	Relazione finale che evidenzi o meno la necessità di intervento nei soggetti con addiction da painkiller	10

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

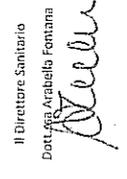
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zullian



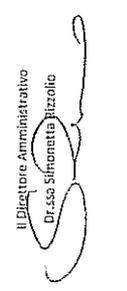
Il Direttore di Struttura
Dott. Liborio Maffioletto



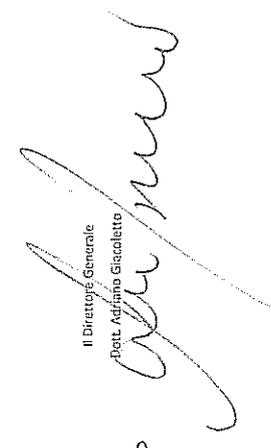
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Agnello Fontana



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Sironetta Pizzolo



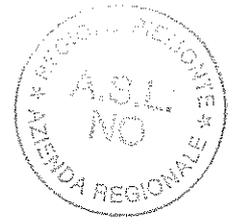
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto




26

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SVILUPPO 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	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1A) Luttavia di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabilità di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici triennali all'incarico. 1B) Lettera di assegnazione al Dirigente dell'incarico di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2015. 2) Preaffidazione di variazioni di lavoro e ritardi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal mandante per presa visione, trasmessa alla S.C. Personale entro il 15/05/2016. 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificato a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2015; 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	1) Incasso della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con NPC; 3) Relazione accuratezza	1) Incasso da 85 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report prodotti Relazione accurata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OGGETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenti e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nera strutturata, l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con accompagnamento della scheda tipo e webiste attachede la divulgazione/semplificazione del contenuto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà portavoce di governo nella realizzazione e di compilare il Censito ASI (con l'individuazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con complicità ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali)	1) Foto, scheda e verbale trasmessi al fuoio di Valutazione, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli indicatori di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente (con lettera contestuale dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Censito ASI, HQ); 3) almeno 2 incontri	Foto, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	OGGETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno assolto il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI, HQ per l'anno (almeno 20) (tabele esportate della struttura * 100) (solo personale sanitario); 2) favore la partecipazione ai corsi dell' convegno (RUS-D; PALS; ALS); n. operatori formati/iscritti convegni * 100 (solo personale sanitario); 3) favore la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/2008 n. operatori formati/iscritti da formare * 100; 4) incontri relativi ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, del partecipante alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 50%; 3) 50%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, relazione, elenchi partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Asicda per la comunicazione (internet, posta elettronica aziendale, applicativo Grid.Net, Censito ASI, HQ/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche creditabili	Rispetto ed Documento Programmatico per la Sicurezza	Report stato verifica creditabili
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Censito ASI, HQ)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report: Informativo azioni PD



DESCRIZIONE		INDICATORE		PROPOSTA STD		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		PESO	
<p>STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I. STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale</p>		<p>DIRETTORE : dott. Gianfranco Zulian RESPONSABILE : Dott.ssa Paola Manzini</p>		<p>Budget 2016 utilizzato</p>		<p>Ordinatori di spesa</p>		<p>Report Controllo di Gestione</p>		<p>30</p>	
<p>Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"</p>		<p>1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito</p>		<p><= budget 2016 assegnato pari a € 63.500.000 1,2) entro 30/09/2016 e che rispetti i criteri della Legge 190/2012 ; 3) entro 31/12/2016</p>		<p>Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE, NTSS, SEPT, Strutture DSM</p>		<p>1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito</p>		<p>10</p>	
<p>Collaborare per quanto di competenza all'attuazione del PAT 2016, ed in particolare perseguire gli obiettivi di governo dell'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata</p>		<p>Costo netto dell'assistenza farmaceutica/popolazione pesata</p>		<p>riduzione > 3% nel 2015 vs 2014</p>		<p>FT, Distretti</p>		<p>Report Controllo di Gestione</p>		<p>30</p>	

DESCRIZIONE		INDICATORE		PROPOSTA STD		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		PESO	
<p>Monitoraggio degli obiettivi MMG 2016: Art. 17AIR - Governo clinico; Appropriata prescrizione farmaceutica, con particolare riferimento alle prescrizioni di rosuvastatina, IPP e sartani</p>		<p>Report relativi a: 1) Prevalenza d'uso IPP <=15% 2) Riduzione prescrizioni IPP alto dosaggio <25% anno precedente 3) Statine a brevetto non scaduto DDDx1000 AB RES = 200 4) Incidenza Rosuvastatina/Totale confezioni di statine prescritte pari al 13% 5) Sartani. DDDx1000 AB RES = 60,5 6) Sartani in associazione DDDx1000 AB RES = 70</p>		<p>1) report trimestrale divulgato a DG, distretti, MMG, DMPO, CFI</p>		<p>s.c. Farmacia Territoriale - Distretti - DMPO - Prescrittori aziendali ed extraaziendali</p>		<p>Report</p>		<p>*</p>	

DESCRIZIONE		INDICATORE		PROPOSTA STD		STRUTTURE COINVOLTE		DOCUMENTI ATTESI		PESO	
<p>Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (inibitori di Pompa Protonica, statine, sartani, vit D)</p>		<p>1) "profilo di prescrizione" degli IPP; 2 A) scheda per prescrizione di statine (rosuvastatina e associazione simvastatina-ezetimibe) 2B) informativa su appropriatezza d'uso statine 3) report analitico per iperprescrittori</p>		<p>1 e 2A e 2B) condiviso da specialisti e MMG, approvato da Comitato Aziendale MMG, inviata ai MMG entro 30/04/2016 3) contenente specifici indicatori: % utilizzo di farmaci a brevetto scaduto per categoria di farmaci e confronto con il valore aziendale e regionale; spesa media per assistibile per farmaci alto spendenti e confronto con ASL e Regione</p>		<p>s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali</p>		<p>3) profilo di prescrizione; 2A, 2B) scheda e verbali; 3) report</p>		<p>30</p>	

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulian

Il Responsabile di Struttura
Dott.ssa Paola Manzini

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giaccolletto

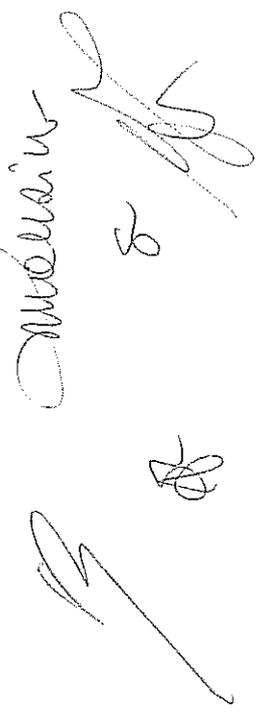


(Handwritten signatures and initials)

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standardi	Documento attacco
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 2015. 2) Prendiposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione. Obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato sulla verifica annuale; 2) Partecipazione ai incontri semestrali con RPC; 3) relazione succinata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontri; 3) entro 31/10/2016	Valutazione Annuale Verbali incontri - report presenze Relazioni accorpate
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo; 3) comunicazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Note, schedi e verbali trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI. NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: prova 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/credito operatori della struttura * 100 (solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (ELS-D; PLS; XLS); n. operatori formati/totali convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la formazione ai corsi della sicurezza (D-Lgs. 81/08) n. operatori formati/totali da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/valore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 50%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATICO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dell'Azienda per la comunicazione (Intranet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI. NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del dati base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI. NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
			Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report risapigliativo azioni FO

Il Responsabile
dott.ssa Paola Magrini




STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I.		DIRETTORE : dott. Gianfranco Zulian		100	
STRUTTURA: s.c. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' SOCIO-SANITARE INTEGRATE		DIRETTORE FF : Dott. Gianfranco Zulian			

Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget di spesa assegnato		Budget osservato anno 2015	Budget <= 69.524.399,02 € (tetto di spesa di cui DGR 13-2012 del 5.8.15 al lordo dei ticket)	Ordinatori di spesa	Report Controllo di Gestione	40
Garantire l'attività di controllo sulle strutture private e l'attività dell'INCRE		1) effettuare i controlli di terzo livello; 2) pianificare mensilmente i sopralluoghi da richiedere agli specialisti di supporto; 3) effettuare controlli previsti	1) entro i tempi previsti dalla Regione; 2) entro il 20 dei mesi precedenti; 3) in base al cronoprogramma della Commissione di Vigilanza	SC RRF, SC Cardiologia, SC Ortopedia, Distretti, SC PASSI, DSM	verbali INCRE	

Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Riorganizzare le attività U.V.A. in ASL NO in modo da contenere i tempi d'attesa delle visite presso gli ambulatori attivi (in ospedale e nei distretti) e garantire la continuità assistenziale ai pazienti in RSA		1) Tempi d'attesa per visita UVA nella ASL NO e nelle singole sedi 2) N. accessi effettuati/ N. accessi programmati per struttura	1) 2016-2015 2) > 95%	Neurologia, PASSI, Distretti	report TA calendario accessi	30

Descrizione		Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Coordinare l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Lavoro del Tavolo Tecnico Interdistrettuale e interistituzionale (scheda 09 PAT 2016)		n. azioni completate/n. azioni programmate	> = 70%	PASSI, Distretti, DSM, NPI, SerT	relazione	30

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

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Gianfranco Zulian

Il Responsabile di Struttura
Dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Rizzolo

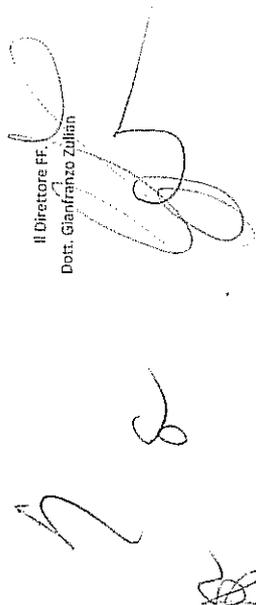
Il Direttore Generale
Dott. Adriano Giacoleto



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 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 2015. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RFC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbalizzati incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governo nella 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.m. 3) n. incontri per monitorare obiettivi; valutare scostamenti; definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi al Nucleo di Valutazione, 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.m.v. alla s.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO, 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
		1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs. 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 50%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net; Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica credenziali
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report riempiativo azioni PO

Il Direttore FF.
Dot. Gianfranco Zullian

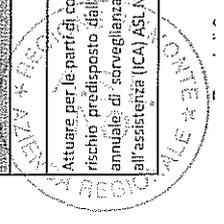


STRUTTURA: DIPARTIMENTO A.S.S.I.
 DIRETTORE : dott. Gianfranco Zulian
 STRUTTURA: s.c. Medicina Legale
 DIRETTORE: Dott. Gianfranco Zulian

100

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Rispetto del budget assegnato	Budget 2016 utilizzato	<= budget 2016 assegnato pari a € 164.000 €	Ordinatrici di spesa	Report Controllo di Gestione
Individuare i procedimenti amministrativi della struttura ai sensi dell'art. 15 1° periodo della L. n. 190 del 6/11/2012 (cosiddetta legge anticorruzione) che, recita: "Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali"	1) Mappatura dei procedimenti 2) Redazione del piano della struttura che specifichi modalità e i tempi di conclusione del singolo procedimento; 3) pubblicazione sul sito	1,2) entro 30/09/2016 e vice rispetti i criteri della Legge 190/2012; 3) entro 31/12/2016	Med. Legale - Strutture D.Amm.vo - Strutture D.P. - DIMPO - Distretti, Farmacia Osp. - Farmacia Terr. - Integrativa e protesica - PROCAE. MTSS, SERT, Strutture DSM	1) mappatura; 2) piano della struttura; 3) sito
Adeguamento delle strutture territoriali ai requisiti minimi per l'accreditamento sanciti dalla DGR 2 novembre 2015, n. 32-2366 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)" nel rispetto delle Indicazioni e della tempistica stabilita dalla Regione	requisiti previsti dalla DGR soddisfatti	Evidenze documentari predisposte per tutti i requisiti di pertinenza, entro il cronoprogramma definito dalla s.c. Qualità	tutte le strutture territoriali s.c. Qualità, s.c. Tecnico Patrimoniale	evidenze documentali
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 informatici secondo indicazione nazionale e regionale.	Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e domiciliari con particolare attenzione per la L.80/2005	<=2015 e comunque entro lo std regionale	Medicina Legale	Report

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità		
Descrizione	Indicatore	Proposta STD
Attuare per la parte 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 MO 2016	1) partecipazione alle attività connesse con il CGS e con l'UGR aziendale 2) redazione delle perizie medico legali preventive richieste da CGS	1) 30% 2) 100% delle perizie pervenute entro il 15/09/2016
Strutture coinvolte		Documenti attesi
Tutte le strutture ospedaliere e territoriali, Medicina Legale		Relazione
Peso		15



Handwritten initials and signatures.

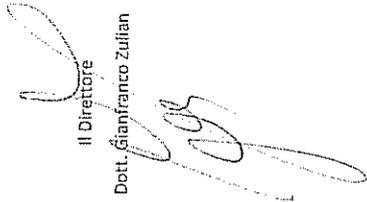
Obiettivi di performance - S. Il PPS					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attestati	Peso
Dare applicazione al DM trasporti del 22.12.15 in tema di OSAS e idoneità alla guida	1) Definizione della procedura condivisa con IRCCS e AOU 2) Avvio della procedura	1) entro il 30.06.16 2) da 1.7.16	s.c. Medicina Legale	Procedura, relazione	

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

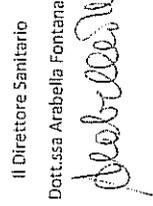
Il Direttore di Dipartimento
 Dott. Gianfranco Zulian



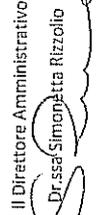
Il Direttore
 Dott. Gianfranco Zulian



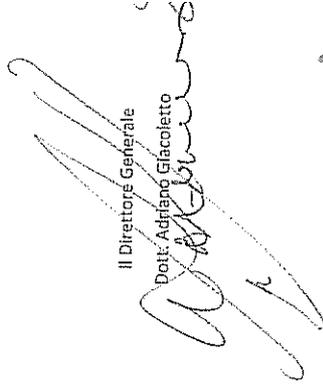
Il Direttore Sanitario
 Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo
 Dr.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale
 Dott. Adriano Giacoletto



101

31 MAR. 2016



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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento attuato
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) Adozione 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 2015.. 2) Predisposizione di turrazioni di lavoro e tipici nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	Contenuto: obiettivo generale a valenza triennale (solo in caso di conferimento incarico nel corso dell'anno 2016) + obiettivi specifici annuali di competenza e indicatori di valutazione con rendicontazione obiettivi 2015, indirizzata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione, trasmessa alla SC. Personale entro il 15/05/2016; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	Lettera di assegnazione obiettivi; rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione accorpata	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/10/2016	Valutazione annuale Verbali incontri - report presenze Relazione accorpata
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2015 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/convoimento 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 al Nucleo di Valutazione, 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.c. Qualità per inserire il nominativo nel Cruscotto ASI NO. 3) almeno 2 incontri	Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASI NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Riunioni relative ad eventi formativi esterni alla struttura con indicazione del partecipante/relatore dell'evento formativo, dell'argomento trattato, dei partecipanti alla riunione	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 90%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento	Verbale, Relazione, elenco partecipanti
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Crcd.Net, Cruscotto ASI NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASI NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO



Il Direttore
Dott. Gianfranco Zullian

AFFARI GENERALI

FOGLIO ADEMPIMENTI
- EFFETTI -

• *Il presente provvedimento è esecutivo:*

Giorno inizio esecutività - 9 MAG, 2016

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 29 APR, 2016



S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
IL RESPONSABILE

Dirigente Amministrativo

(dott. Claudio Teruggi)

- COMUNICAZIONI -

Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali

V.D. COLLEGIO SINDACALE
 SEF

AFGE
 COGEST
 DEA
 SPP
 DASSSI
 SERT
 CCPS
 DI/N
 SPRESAL
 DADS
 Tutte SS.

SPER
 CED
 FO
 MC
 PASSSI
 DSMI
 DI/A
 DP
 PMPPV
 DMED
 Tutte SS.AA.

STP
 SITRA
 FT
 SSEPI
 PRCAE
 DMI
 DI/B
 SISP
 SIAV
 DCHIR
 Tutti SS.SS.

SEP
 DMPO
 NTSS
 QCOM
 SML
 AIP
 DI/GT
 SIAN
 Tutti Distretti
 DRIAB

ALTRI _____

L'oggetto del presente provvedimento viene inoltrato al Collegio Sindacale per rendere edotto, quest'ultimo, della sua adozione.

