

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

**Viale Roma, 7 - NOVARA**

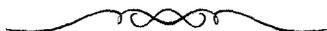
**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

Numero 65                      Data 31 MAR. 2017

**PROPOSTA ISTRUTTORIA DEL DIRETTORE GENERALE N° 38**

**OGGETTO : ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2017 AI DIPARTIMENTI E ALLE  
STRUTTURE 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 2017 AI DIPARTIMENTI E ALLE STRUTTURE AZIENDALI**

### IL DIRETTORE GENERALE

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

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

che per l'anno 2017 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;

**DATO ATTO** che nel periodo 24-29 marzo 2017 si sono svolti gli 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 2017, e che pertanto gli obiettivi assegnati potranno essere oggetto di adeguamento al recepimento di tali obiettivi declinati dalla Regione Piemonte;
- che i volumi delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramurale delle singole strutture non possono essere superiori ai volumi dell'attività istituzionale erogata, così come previsto dalla normativa in vigore (Legge 3.8.2007, n. 120, e successive modificazioni e integrazioni);

altresì che

- per la definizione dei suddetti obiettivi si è tenuto conto - fra l'altro - di quanto disposto dalla D.G.R. n. 9-11625 del 22.6.2009, avente ad oggetto "Recepimento degli Accordi regionali sottoscritti con le OO.SS. firmatarie



*del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ai sensi dell'art. 5 dei rispettivi Contratti di lavoro del 17.10.2008";*

- ai Direttori di Struttura Complessa ed ai Dirigenti di Struttura Semplice Dipartimentale, in occasione della sottoscrizione degli obiettivi 2017, è stata data comunicazione dei criteri per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1 CCNL 03/11/2005;

**PRECISATO**

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

che costituiscono eccezione al punto precedente l'assegnazione di specifica scheda alla struttura semplice Servizio di Epidemiologia e alla funzione Medico Competente in quanto, conformemente all'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 772/2015, sono rispettivamente struttura e funzione in staff alla Direzione Generale;

**RITENUTO**

di attribuire gli obiettivi per l'anno 2017 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l'anno 2017 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 2017 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 2017 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 2017 gli obiettivi ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale;
2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;
3. **di riservarsi** di attribuire con separato provvedimento gli obiettivi 2017 alla S.C. Oncologia in considerazione dell'attuale assenza motivata del Direttore di tale Struttura;
4. **di dare atto** che tali obiettivi potranno essere implementati/modificati all'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2017 da parte della Regione Piemonte;
5. **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 1. - la cui verifica sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - sono rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato e per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1. CCNL 3.11.2005 del Direttore / Responsabile di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale;
6. **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 2017 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;
7. **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 2017, 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.;
8. **di dichiarare** che il presente provvedimento è improduttivo di spesa sia diretta che indiretta.

**LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Adriano Giacometto**



SEGUE DELIBERAZIONE N. 65 IN DATA 31 MAR. 2017

---

## 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° 38 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:*

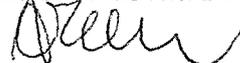
*dott.ssa Simonetta Rizzolio*



---

*il Direttore Sanitario:*

*dott.ssa Arabella Fontana*



---

**ALLEGATO**  
**AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 65 IN DATA 13 1 MAR. 2017**

**COMPOSTO DA N. DUECENTOSETTANTA FACCIATE**



FUNZIONE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		100
Funzione Medico Competente	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Rosanna Fortuna	

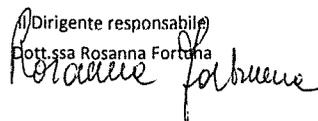
Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare applicazione al percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcolche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio (DGR n. 29-2328 del 26/10/2015)	1) numero di giornate lavorative dedicate alla rilevazione alcolimetrica; 2) Accertamento di screening per valutazione divieto assunzione alcol	1) 50 giornate lavorative/anno; 2) 80% degli estratti nei reparti di degenza	MC, Laboratorio, SerT, Alcologia, SpreSAL	1) report; 2) report	
Aggiornamento dei DVR in coerenza con la nuova organizzazione delle strutture aziendali (Atto Aziendale n. 772 del 29/10/2015)	DVR aggiornati/DVR delle Strutture Aziendali* 100	100% entro settembre 2017	MC, SPP, Strutture aziendali, STP	delibera DVR	30

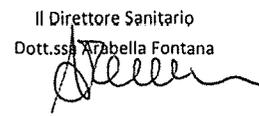
Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Effettuare, per quanto di competenza, le attività predisposte dal piano dell'Unità Gestione Rischio del 2017	azioni effettuate/totale azioni da effettuare * 100	100%	MC	Relazione	25
Promuovere la corretta valutazione dello stato vaccinale del dipendente/convenzionato, al fine di individuare la necessità/utilità di un vaccino e consentire l'aggiornamento dell'archivio vaccinale SISP	1) individuare le modalità operative di comunicazione tra MC e SISP; 2) applicare le modalità definite	1) entro il 30/06/2017; 2) dal 01/07/2017	MC, SISP	1) modalità operative; 2) relazione con definizione delle criticità riviste e delle azioni di miglioramento implementate	20

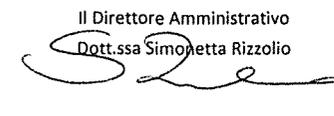
  

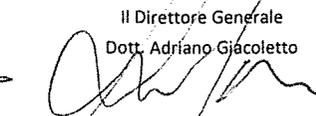
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornare la procedura aziendale relativa all'emergenza territoriale presso le strutture territoriali sanitarie e assistenziali anche attraverso il coordinamento del gruppo di lavoro	1) Istituzione del gruppo di lavoro 2) aggiornamento procedura aziendale	1) entro il 30/6/2017 2) entro il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Gruppo di lavoro, Procedura	25

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

Dirigente responsabile  
Dott.ssa Rosanna Fortuna  


Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Tabella Fontana  


Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio  


Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto  




STRUTTURA: STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		100
STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie	DIRETTORE: dott.ssa Marinella Alberganti	

65

9 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Target/Standard	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare, per gli aspetti di competenza, alla realizzazione/completamento dei progetti dei Dipartimenti/Distretti: a) Riorganizzazione delle Sale Operatorie; b) attivazione PUA; c) attivazione CA 116-117 d) riorganizzazione cure domiciliari	Progetti realizzati	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/2017	DIPSA, DMPO, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento DEA, Cure Palliative, Cure Domiciliari, Distretti	Relazione con rendicontazione dei progetti	20
Garantire la partecipazione alle attività delle Commissioni di Vigilanza (strutture sanitarie e socio-sanitarie) secondo il calendario aziendale	n. sopralluoghi a cui ha partecipato il titolare (o sostituto)/totale sopralluoghi effettuati dalla CdV nel 2017*100	100%	Sisp, Distretti, STP, ACEP, DiPSa	2) verbali	20
Monitoraggio della turnistica e degli orari di lavoro e riposi nel rispetto della Legge 30.10.2014, n. 161	1) scheda scostamenti 2) individuazione dei giustificativi	1) Mensile 2) 100%	DiPSA	1, 2) scheda con giustificativi	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Target/Standard	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Al fine di promuovere il controllo del dolore, proseguire il progetto iniziato nel 2016, applicando gli strumenti individuati per la rilevazione del dolore: - scheda C-POT per la rilevazione del dolore nel paziente che non può comunicare; - scheda NRS già inserita nel protocollo per la rilevazione del dolore	1) % di pazienti che non possono comunicare per cui è stata applicata la scheda C-POT; 2) % pazienti a cui è stata applicata la scheda NRS	1) 100%; 2) >= 75%	DIPSA; Dipartimento DEA	Report	15
Migliorare la gestione e la salvaguardia del patrimonio venoso dei pazienti attraverso la diffusione tra gli infermieri del DEA delle competenze per la valutazione ecografica del patrimonio venoso	Infermieri DEA formati per la gestione ecografica del patrimonio venoso	Almeno 7 entro il 31.12.17	DiPSa MeCAU, Radiologia?	Relazione	15



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

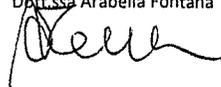
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Target/Standard	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Definire un Progetto di "Bed management" per la gestione dei Posti Letto del Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Individuazione gruppo di lavoro; 2) studio di fattibilità; 3) presentazione del progetto Bed Manager	1) entro il 31.05.17; 2) entro il 30.09.17; 3) entro il 31.12.17	DiPSa, DMPO	1) nomina gruppo di lavoro o lettera di convocazione; 2) studio di fattibilità; 3) progetto	20
Definire funzioni, attività e compiti dell'Infermiere di famiglia nell'ambito dei progetti di sviluppo delle cure primarie che saranno attivati nel 2017	1) job analysis 2) Job description dell'infermiere di famiglia 3) avvio delle attività dell'Inf Fam con MMG e distretti	1) elenco delle attività, responsabilità e scopo dell'Inf Fam all'interno dell'organizzazione 2) mansioni svolte, posizionamento gerarchico e relazioni con le altre funzioni organizzative 3) piano di lavoro dell'Inf Fam in ASL NO nel 2017	DiPSa, Distretti, MMG	1) e 2) relazioni piano di lavoro 3)	*

(\* 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 Marinella Alberganti



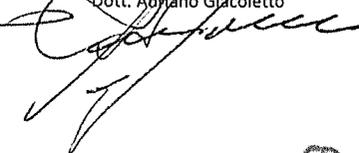
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




65

31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1D) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100;	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza motivata produrre specifica documentazione	1) Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione e cruscotto compilato 4) relazione e verbali
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE  
Dott.ssa Marinella Alberganti

S

*M. Alberganti*

65 13 MAR 2017

STRUTTURA: STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		100
STRUTTURA: s.s.d. Governo clinico e sviluppo strategico	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa. Daniela Sarasino	

65

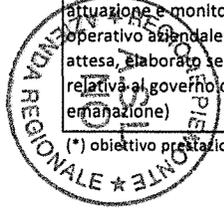
17 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget assegnato (euro 100.000)	<= Budget assegnato 2017	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR	1) RACCOMANDAZIONE 17 -definire in collaborazione con la Farmacia Territoriale e la Farmacia Ospedaliera la scheda per la ricognizione da utilizzare da parte dei MMG/PLS e per la riconciliazione da utilizzare da parte dei medici ospedalieri; 2) Indicatori previsti nei progetti assegnati alla ssd GoCSS	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) Consulivo ICA DMPO 2016	15
Collaborare al monitoraggio dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	report di verifica per quanto riguarda gli aspetti sanitari della rendicontazione prodotta da IRCCS	trimestrale/annuale (o in funzione delle modalità definite nel contratto)	ssd A.C.E.P., ssd GoCSS	report	10
Promuovere le attività di formazione nell'ambito dell'ASL NO attraverso il supporto delle strutture nell'accreditamento degli eventi formativi e nella raccolta dei bisogni formativi	1) rispetto della tempistica nella gestione dei corsi; 2) raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo	1) nel 100% dei corsi accreditati; 2) entro il 31/12/2017	ssd GoCSS	Relazione annuale Provider; Proposte formative raccolte	15

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere il miglioramento della qualità dei servizi sanitari attraverso il supporto metodologico alla revisione/stesura della documentazione prevista dalla rete oncologica	PDTA, regolamenti, modulistica, audit	entro la tempistica definita dal cronoprogramma delle attività	SC Qualità, Strutture della rete oncologica	PDTA, regolamenti, modulistica, audit	15
Aderire, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica e al monitoraggio degli indicatori	1) Monitoraggio degli indicatori della Rete Oncologica 2) supporto alle strutture aziendali ospedaliere nella redazione/revisione PDTA rete oncologica (aziendali e Interaziendali): PDTA predisposti o aggiornati/totale dei PDTA*100	1) 100% secondo tempistiche predisposte dalla Rete Oncologica; 2) 90%	strutture della Rete Oncologica	1,2) relazione; 3) PDTA	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Predisporre ed aggiornare il database aziendale per la gestione delle procedure aziendali	1) database predisposto; 2) avvio sperimentale dell'utilizzo del database	1) entro il 30/06/2017; 2) a partire dal 1° luglio 2017	GoCSS e tutte le strutture aziendali	1) database; 2) relazione o altra evidenza dell'utilizzo del	15
Supportare la Direzione Sanitaria nella stesura, attuazione e monitoraggio del programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali (DGR relativa al governo dei tempi di attesa in via di emanazione)	1) programma operativo aziendale redatto; 2) partecipazione alla Commissione tecnica per i tempi di attesa dell'ASL NO: percentuale di incontri a cui si è partecipato; 3) azioni di competenza previste dal programma effettuate/totale azioni di competenza * 100	1) entro i tempi definiti dalla Regione; 2) 90% 3) 90%	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) programma; 2) relazione	

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



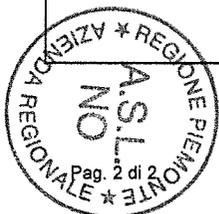
Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Daniela Sarasino

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note ai GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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 riepilogativo azioni PO	



IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dott.ssa Daniela Sarasino

65  
31 MAR 2017

STRUTTURA: STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		100
STRUTTURA: s.s.d. Servizio di Psicologia	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Lucia Colombo	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Organizzare l'attività del servizio al fine di ottimizzare le risorse umane e dare risposte alle strutture aziendali che necessitano della figura professionale dello psicologo	1) programma delle attività articolato sulle aree di lavoro di pertinenza; 2) applicazione del programma	1) condiviso con i direttori di ciascuna struttura e basato sul coinvolgimento di tutte le risorse presenti in azienda (strutturati e convenzionati); 2) dal 01/05/2017	Psicologia	1) programma 2) relazione descrittiva sull'applicazione del programma	40

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare all'individuazione delle azioni di miglioramento relative agli esiti della valutazione del benessere organizzativo aziendale	Individuare, in base alle risultanze del benessere organizzativo aziendale, modalità di intervento nelle specifiche aree di interesse (focus group, gruppi di lavoro, ecc)	entro il 31/12/2017	SSD Servizio di Psicologia; s.d. GoCCS	Relazione	30
Percorso di presa in carico del paziente in età evolutiva in collaborazione con la s.c. Neuropsichiatria Infantile	1) Formulazione di almeno un percorso di presa in carico al 31.10.2017 2) Incontri congiunti NPI/Psicologia	1) percorso predisposto entro il 31.10.2017 2) almeno 4	s.c. NPI; s.d. Psicologia	1) Percorso 2) Verbali	*

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Attuazione del progetto "Punto di Ascolto all'URE"	1) Elaborazione del Progetto 2017. 2) Avvio del Progetto; 3) Report monitoraggio	1) entro il 30 marzo; 2) entro il 30 giugno 2017 3) trimestrale	SSD Servizio di Psicologia e Affari Istituzionali	1, 2) Relazione; 3) Report	30

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

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Lucia Colombo

*Lucia Colombo*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio

*Simona Rizzolio*

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

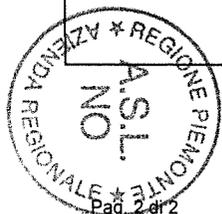
*Adriano Giacometto*



65  
31 MAR. 2017

## 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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.ssa Lucia Colombo

65 31 MAR. 2017

STRUTTURA: STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		100
STRUTTURA: s.s. Servizio di Epidemiologia	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Maria Chiara Antoniotti	

65 31 MAR. 2011 \*

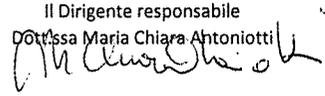
Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Predisporre documento con i risultati PASSI ASL NO 2012-2015	Rapporto inviato a Direzione ASL e a Coordinatore PLP	Rapporto inviato entro 31 luglio 2017	Epidemiologia	Rapporto: "Risultati PASSI ASL NO 2012-2015"	
Partecipare a gruppo di coordinamento programma governance PRP (DD Settore prevenzione e veterinaria n.146 del 15 marzo 2016)	Relazione con attività svolta inviata a Direzione aziendale e Coordinatore PLP	Relazione inviata entro 31/12/2017	Epidemiologia	Relazione	20
Svolgere le funzioni regionali di supporto alla sorveglianza PASSI secondo gli accordi presi dalla ASL NO con l'ASL AL	Relazione con attività svolta inviata a Direzione aziendale	Relazione inviata entro 31/12/2017	Epidemiologia	Relazione , output di analisi e file con grafici di confronto tra ASL	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornare Deliberazione DG 1061 del 30 dic 2010 "Gruppo di lavoro aziendale attività epidemiologiche"	Delibera D.G. approvata	Proposta trasmessa entro 30 giugno 2017	Epidemiologia, strutture Dip. Prevenzione, Dip. Pat.Dipendenze, Dip. Salute Mentale, Dip. Materno Infantile, URE	Deliberazione D.G.	20
Aggiornare pubblicazione on line "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO" al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività e gli aspetti epidemiologici	N° schede revisionate (aggiornate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda	SEpi SIAN, SISP, Spresal, SIAV B, SIAVC, SERT, UVOS, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere conoscenza e utilizzo risultati PASSI aziendali disponibili in libero accesso on line da 2017, con modalità da definire nel PLP	1) definire modalità di diffusione e conoscenza dei dati, nell'ambito della stesura del PLP; 2) attuare le modalità concordate	1) entro il 30/04/2017 (o comunque entro la scadenza per la definizione del PLP); 2) entro il 31/12/2017	Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione, SISP (anche UVOS) SIAN , Spresal, Ser.T , DSM, DMI (Consultori), DIPSa, Distretti	1) PLP; 2) specifiche evidenze, come definite nel PLP	30

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

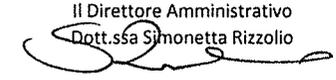
Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Maria Chiara Antoniotti



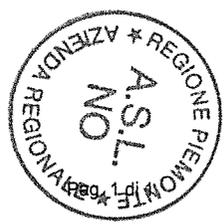
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		100
STRUTTURA: s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza	DIRETTORE: dott. Claudio Teruggi	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 1.300.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10
Scarto della documentazione amministrativa di competenza, ai sensi nota n. 329/AFGE 1/16 del 19.1.2016	1) N. Richieste inviate alla Soprintendenza/n. Richieste ricevute dai servizi compresa AAGG 2) Proposta di scarto per AILCAT	1) 100% 2) 1/bimestre, a partire dal mese di Maggio	1) Tutte strutture di Supporto Tecnico Amministrative 2) AILCAT	Report finale	20
Adeguamento sistema di gestione protocollo	1) adeguamento applicativo 2) individuazione soluzione per gestione flussi documentali 3) revisione titolare 4) adeguamento manuale gestione protocollo	1) entro 30/04/2017 2) entro 30/06/2017 3) entro il 30/09/2017 4) entro il 31/12/2017	1) e 2) SICG 3) e 4) AILCAT	1) Dichiarazione 2) Relazione 3) Titolare 4) Manuale gestione protocollo	20
Collaborazione con STP per garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	Revisione elenco fornito dal STP	Entro il 30.6.2017	STP	Elenco fornito da STP validato o modificato	10

Obiettivi di Appropriata Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adeguamento sito web aziendale in termini di fruibilità da parte degli utenti	1) Aggiornamento rispetto al piano della Trasparenza 2) Aggiornamento rispetto all'atto Aziendale	1) 100% rispetto agli obblighi di pubblicazione 2) 100% entro il 30.6.2017	AILCAT, SICG	Relazione	
Rispetto programma di interventi in materia di anticorruzione e trasparenza	1) Inserimento in cruscotto 2) Adempimenti di cui a verbale riunione con i referenti aziendali del 9 marzo 2017	1) Entro il 30.4.2017 2) 100% entro 31.12.2017	Tutte le strutture aziendali	Report	30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adozione soluzione aziendale per la Conservazione Legale Sostitutiva	Progetto per attivazione convenzione CONSIP Cloud Computing	entro 30/06/2017	SICG - AILCAT	Progetto	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. Claudio Teruggi



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



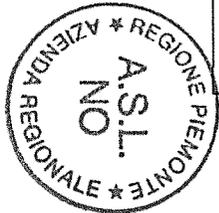
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




65 31 MAR 2017

65 31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE

Dott. Claudio Teruggi

65  
31 MAR 2017

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		100
STRUTTURA: s.c. Sistema Informativo e controllo di gestione	DIRETTORE: dott.ssa Luisella Cendron	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 665.000,00	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10
Modalità di acquisizione servizi contratto CIC con scadenza 31/12/2018	1) Individuazione servizi necessari 2) Capitolato (o altra documentazione tecnica) a supporto delle procedure di acquisizione	1) entro 30/06/2017 2) entro 31/12/2017	SICG - STP	1) Relazione 2) Capitolato e/o documenti tecnici per procedure di acquisizione	15
Adeguamento sistema di gestione protocollo	1) adeguamento applicativo 2) individuazione soluzione per gestione flussi documentali 3) revisione titolario 4) adeguamento manuale gestione protocollo	1) entro 30/04/2017 2) entro 30/06/2017 3) entro il 30/09/2017 4) entro il 31/12/2017	1) e 2) SICG 3) e 4) AILCAT	1) Dichiarazione 2) Relazione 3) Titolario 4) Manuale gestione protocollo	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Consolidamento sistema aziendale contabilità analitica	Esecuzione attività pianificate	Secondo cronoprogramma allegato a nota prot. 11245/17 del 03/03/2017	SICG	Relazione mensile avanzamento attività	20
Supporto ai progetti aziendali in ambito sanitario	1) Ricetta dematerializzata 2) Rete oncologia 3) Rete diabetologica 4) Cure Primarie 5) Riconciliazione farmacologica	Entro il 31.12.2017	SICG	Evidenze documentali specifiche per progetto	15
Collaborazione con STP per garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	Revisione elenco fornito dal STP	Entro il 30.6.2017	STP	Elenco fornito da STP validato o modificato	5

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adozione della soluzione GPR-GPA per la gestione del pagamento dei ticket	- Studio di fattibilità con riferimento ai diversi sistemi generatori di ticket - Attivazione di almeno un canale	- entro 30/06/2017 - entro 31/12/2017	SEF - DMPO	- Relazione - Documentazione attivazione	
Adozione soluzione aziendale per la Conservazione Legale Sostitutiva	Progetto per attivazione convenzione CONSIP Cloud Computing	entro 30/06/2017	SICG - AILCAT	Progetto	15
Rispondenza dell'applicativo contabile alle attuali esigenze ai sensi delle novità normative (decreto 118/2011, Split payment, fatturazione elettronica, ecc.)	Verifica caratteristiche applicativo contabile ed eventuale proposta di sostituzione	Entro 31.12.2017	SEF, STP, SICG	Relazione	10

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



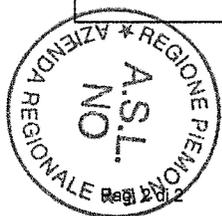
Il Direttore di Struttura  
Dott.ssa Luisella Cendron

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Gracioletto

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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.ssa Luigella Cendron

65 31 MAR. 2017

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		100
STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	DIRETTORE: dott. Luca Corona	

65

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 1.072.000,00 (escluse somme di cui ai tetti di spesa indicati dalla Regione)	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20
Monitoraggio rispetto tetti di spesa per il personale di cui alla DGR 28-4666 del 13.2.2017 e successive modificazioni e/o integrazioni	Proiezione annuale costo del personale	Mensile dal 31 marzo 2016	Servizio Personale	Report	20
Scarto della documentazione amministrativa di competenza ai sensi nota n. 329/AFGE/2016 del 19.1.16	Proposta di scarto alla struttura complessa AILCAT	1/bimestre, a partire dal mese di Maggio	AILCAT GVVURU	Report	20
Reclutamento personale amministrativo/tecnico per attivazione servizio 116/117	Personale in servizio al 116/117	Entro il 30.6.2017	DIPSA GPVRU	Report	*

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborazione con STP per garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	Revisione elenco fornito dal STP	Entro il 30.6.2017	STP	Elenco fornito da STP validato o modificato	20

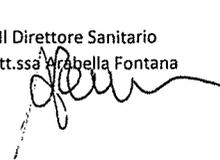
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Revisione regolamenti personale del comparto	1) Adozione con atto deliberativo regolamento posizioni organizzative 2) Adozione con atto deliberativo regolamento coordinamenti	1) -2) Entro 30.6.2017	GPVRU - DIPSA	Delibera DG	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 Struttura  
Dott. Luca Corona



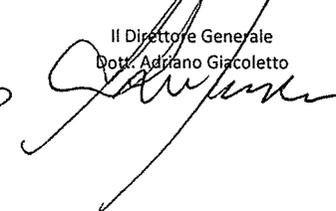
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Wabella Fontana



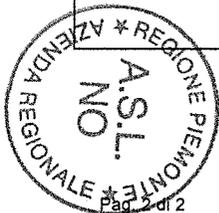
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzallo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoca 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 riepilogativo azioni PO	



IL DIRETTORE  
Dott. Luca Corona

65

31 MAR 2017

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		100
STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	DIRETTORE: dott. Silvano Bonelli	

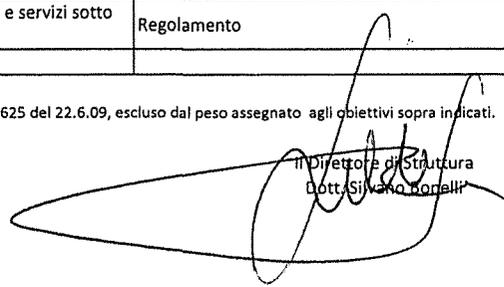
Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 28.272.000 con verifica al 30.9.2017 + € 243.000 "fondo prevenzione" previa autorizzazione SPP	Ordinatori di spesa - SPP	Report Controllo di gestione	10
Individuazione procedure di acquisizione servizi contratto CIC con scadenza 31/12/2018	Individuazione procedure di acquisizione e richiesta documentazione tecnica a SICG	Entro il 30.9.2017	SICG - STP	Relazione	10
Scarto della documentazione amministrativa di competenza ai sensi nota n. 329/AFGE/2016 del 19.1.16	1) Proposta di scarto alla struttura complessa AILCAT 2) Individuazione ditta competente allo scarto	1) 1/bimestre, a partire dal mese di Maggio 2) Entro il 30.9.2017	AILCAT	Report	10
Rendicontazione dei beni mobili oggetto di debito di custodia	Inventario di magazzino	n. 1 inventario al 30.6.2017 e n. 1 inventario al 31.12.2017	STP, FO	Verbali di inventario	10
Interventi di adeguamento e manutenzione straordinaria strutture sanitarie	1) Cronoprogramma 2) attuazione del programma	1) entro il 30.4.2017 2) Entro il 31.12.2017	STP	1) cronoprogramma 2) relazione	15
Attuazione programma di gare di AIC 3 e aziendali residuali: avvio procedure di gare di cui alla deliberazione 257/2016 e verbale n. 13/2016 AIC 3 e successive eventuali modificazioni o integrazioni	Nomina RUP e individuazione Nucleo Tecnico	Entro il 31.12.2017	STP	Relazione	*

Obiettivi di Appropriata e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornamento libro inventario dei beni mobili (cespiti) delle strutture amministrative di supporto e dell'area territoriale	1) Invio alle strutture coinvolte della situazione esistente 2) Aggiornamento libro dei cespiti strutture amministrative	1) entro il 31.5.2017 2) entro il 30.11.2017	Strutture di Supporto Tecnico Amministrative	Dichiarazione di rispondenza tra inventario fisico e libro cespiti per strutture coinvolte	10
Ottimizzazione sistema di gestione della sicurezza per gas medicali (deliberazione n. 323/2016)	Documento DGO	Entro il 30.11.2017	SPP, RTSA	Documento DGO	10
Interventi di adeguamento in materia di sicurezza antincendio previsti nella deliberazione 118/2016 e sicurezza antisismica	1) Cronoprogramma 2017/2019 2) Completamento interventi previsti nel 2017	1) Entro 31.5.2017 2) Entro il 31.12.2017	SPP, RTSA	1) Cronoprogramma 2) Relazione	15

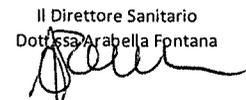
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Redazione regolamento per acquisto beni e servizi sotto soglia	Regolamento	Entro 30.4.2017	STP	Regolamento	10

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

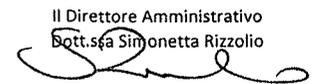
Il Direttore di Struttura  
Dott. Silvano Bonelli



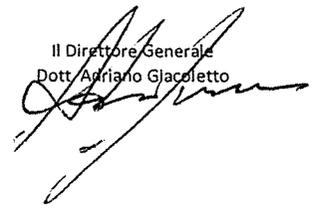
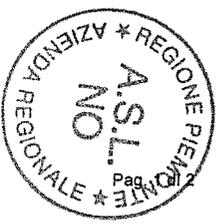
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

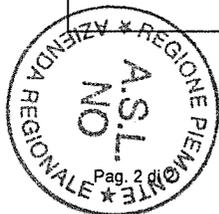


Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacofetto

65  
31 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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. Silvano Ronelli

65 31 MAR 2017

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		100
STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario	DIRETTORE: dott.ssa Barbara Buono	

65

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Adeguamento Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento procedura	Entro il 31.12.17	SEF	Procedura	45

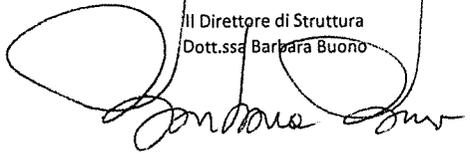
91 MAR. 2017

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	1) Revisione elenco fornito dal STP per beni in dotazione al SEF 2) Verifica corrispondenza inventario fisico con libro cespiti per 5 strutture aziendali della sede di Novara con invio riscontri a STP con richiesta adeguamenti	1) Entro il 30.6.2017 2) Entro il 31.12.2017	SEF-STP	Elenco fornito da STP validato e modificato; Relazione	45

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispondenza dell'applicativo contabile alle attuali esigenze ai sensi delle novità normative (decreto 118/2011, Split payment, fatturazione elettronica, ecc.)	Verifica caratteristiche applicativo contabile ed eventuale proposta di sostituzione	Entro 31.12.2017	STP, SICG	Relazione	*
Adozione della soluzione GPR-GPA per la gestione del pagamento dei ticket	- Studio di fattibilità con riferimento ai diversi sistemi generatori di ticket - Attivazione di almeno un canale	- entro 30/06/2017 - entro 31/12/2017	SEF - DMPO - SICG	- Relazione - Documentazione attivazione	10

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

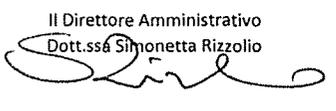
Il Direttore di Struttura  
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti




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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRETTORE

Dot.ssa Barbara Buono



65 31 APR. 2017

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<p>Coordinare la redazione e l'applicazione dei piani aziendali per la promozione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Locale di Prevenzione (PLP);</li> <li>- Paia</li> <li>- Piano Annuale di Educazione alla Salute</li> </ul>	<p>1) PLP e PAISA predisposti;</p> <p>2) n azioni realizzate/totale delle azioni previste * 100 (PAISA e PLP);</p> <p>3) rendicontazione del PLP e del PAISA;</p> <p>4) Piano di Educazione alla Salute predisposto;</p> <p>5) Rendicontazione del Piano di Educazione alla salute</p>	<p>1) entro i tempi indicati dalla Regione;</p> <p>2) 100%;</p> <p>3) effettuata con le modalità ed i tempi previsti dalla Regione;</p> <p>4) con le modalità e i tempi definiti dalla Regione;</p> <p>5) entro i tempi definiti dalla Regione</p>	tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione, DPD, DMPO	<p>1) PLP;</p> <p>2,3) rendicontazione PLP;</p> <p>4) Piano Annuale di Educazione alla Salute;</p> <p>5) Rendicontazione Piano Annuale di Educazione alla Salute</p>
<p>Partecipare al Tavolo di Coordinamento della "Governance" del Piano Locale di Prevenzione e al Coordinamento Operativo Regionale della Prevenzione (CORP)</p>	partecipazione agli incontri programmati	90%	Direttore Dipartimento Prevenzione	verbali

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<p>Garantire l'aggiornamento e il coordinamento dei gruppi di lavoro aziendali e interaziendali per la promozione della salute, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di Lavoro per ciascun obiettivo di salute indicato nel PLP con componenti rappresentativi delle diverse realtà aziendali ed extra aziendali che svolgono azioni di prevenzione;</li> <li>- gruppo di referenti aziendali PES</li> </ul>	<p>1) predisporre la proposta di Delibera da sottoporre al VD per l'aggiornamento dei Gruppi di Lavoro PLP;</p> <p>2) predisporre, in collaborazione con il Repes, la proposta di Delibera da sottoporre al VD per aggiornare il gruppo dei referenti aziendali PES</p>	<p>1) entro il 30/04/2017;</p> <p>2) entro il 30/04/2017</p>	tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione, DPD, DMPO, Repes	1,2) proposta di delibera;

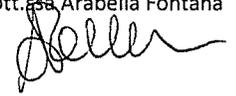
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<p>Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici</p>	<p>1) Progettazione e sviluppo di una Segreteria del Dipartimento di Prevenzione;</p> <p>2) incontri di Dipartimento;</p> <p>3) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni, nonché dell'Assemblea di Dipartimento e relativa Rappresentanza;</p> <p>4) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività</p>	<p>1) entro il 31/05/2017;</p> <p>2) almeno 4 all'anno;</p> <p>3) entro il 30/09/2017;</p> <p>4) entro il 31/12/2017</p>	tutte le strutture del Dipartimento	<p>1) relazione;</p> <p>2) verbali riunioni;</p> <p>3) relazione;</p> <p>4) relazione</p>



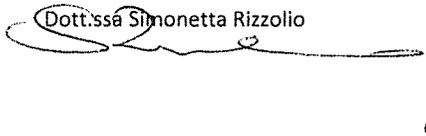
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Gianfranco Zulian



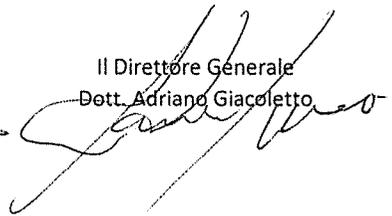
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Medicina Legale	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	

65

3 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 143.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10
Svolgere le attività di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile – handicap - disabilità, nell'ottica di una gestione integrata ASL/INPS, attraverso visite mediche e valutazioni congiunte, con utilizzo di strumenti informatici secondo indicazione nazionale e regionale.	Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e domiciliari con particolare attenzione per la L.80/2006	<=2016 e comunque entro lo std regionale	Medicina Legale	Report	20

Obiettivi di Appropriazione e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione dei Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR ed il programma annuale di attività del CGS	1) partecipazione alle attività connesse con il CGS e con l'UGR aziendale 2) redazione delle perizie medico legali preventive richieste da CGS	1) 90% 2) 100% delle perizie pervenute entro il 15/09/2016	Tutte le strutture ospedaliere e territoriali, Medicina Legale	Relazione	*

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	20
Effettuare l'analisi della ricaduta sul servizio derivante dall'applicazione dei nuovi LEA	1) valutazione dell'impatto organizzativo ed economico dovuto all'applicazione dei nuovi LEA; 2) definizione e attuazione di un programma di massima delle eventuali modifiche organizzative e procedurali	1) inviato alla Direzione entro il 30/04/2017; 2) entro il 31/05/2017	s.c. Medicina Legale	1) relazione; 2) programma; 3) relazione	20
Promuovere un protocollo operativo tra Spresal, Medicina Legale e Procura della Repubblica, finalizzato alla gestione delle situazioni infortunistiche ed alle malattie professionali nell'ambito delle indagini penali	Protocollo operativo Procura Repubblica Novara	entro il 31/12/2017	Medicina Legale, Spresal	Protocollo operativo	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 Zulian

Il Direttore di Struttura  
Dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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. Gianfranco Zulian



65 31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	DIRETTORE: dott.ssa Ivana Cucco	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	
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%	SPRESAL	Verbali	20

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Gestione delle segnalazioni di malattia professionale secondo i criteri del sistema di sorveglianza nazionale MALPROF	Numero delle segnalazioni gestite secondo MALPROF/Numero di segnalazioni di malattia professionale pervenute *100	>= 98%	SPRESAL	Report finale estratto da SPRESALWEB	30
Concorrere al monitoraggio del percorso di gestione degli accertamenti relativi alla verifica di divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcolche e di assenza di condizioni di alcoldipendenza nelle attività lavorative a rischio infortunio (DGR n. 29-2328 del 26/10/2015)	report di valutazione dell'attuazione del percorso aziendale con rilevazione delle criticità e proposte di revisione/aggiornamento	entro la fine dell'anno 2017	MC, Laboratorio, SerT, Alcologia, SpreSAL	report	10

Obiettivi Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10
Predisporre una procedura operativa per la gestione locale dell'attività di vigilanza nei cantieri edili, per garantire una copertura omogenea del territorio e un'alternanza degli operatori anche al fine di ottemperare alle indicazioni del piano aziendale di Trasparenza e Anticorruzione	Procedura	Entro il 30.6.2017	SPRESAL	Procedura	20
Promuovere un protocollo operativo tra Spresal, Medicina Legale e Procura della Repubblica, finalizzato alla gestione delle situazioni infortunistiche ed alle malattie professionali nell'ambito delle indagini penali	Protocollo operativo Procura Repubblica Novara	entro il 31/12/2017	Medicina Legale, SpreSal	Protocollo operativo	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11/525 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Gianfranco Zulian

Il Direttore di Struttura  
Dott.ssa Ivana Cucco

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Gioacchetto



65 31 MAR. 2017 \*

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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.ssa Ivana Cucco

STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica	DIRETTORE: dott. Aniello Esposito	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Applicare il Piano locale vaccinazioni, in sintonia con la normativa nazionale (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale in corso di perfezionamento) e con le indicazioni regionali.	1) riorganizzazione del Servizio per rispondere alle nuove attività; 2) Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base a 24 mesi); 3) Copertura vaccinale nei bambini (MPR 1° dose)	1) entro il 30/06/2017, secondo il piano presentato in Regione; 2,3) standard previsto dal PNV e dal PRV	SISP	1) relazione SISP; 2,3) report SISP	40
Garantire la partecipazione alle attività delle Commissioni di Vigilanza (strutture sanitarie e socio-sanitarie) secondo il calendario aziendale	1) individuazione di titolare e sostituto; 2) n. sopralluoghi a cui ha partecipato il titolare (o sostituto)/totale sopralluoghi effettuati dalla CdV nel 2017*100	1) entro 30/04/2017; 2) 95%	Sisp, Distretti, STP, ACEP	1) lettera ad ACEP e pc VD; 2) verbali	10

Obiettivi di Appropriatazza e 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 la valutazione e prevenzione del rischio cadute nelle RSA	1) revisione della procedura secondo format aziendale; 2) applicazione della procedura con monitoraggio indicatori previsti nella procedura: a) strutture con scheda di valutazione del rischio di cadute validata/strutture sottoposte ad attività di vigilanza annualmente*100; b) numero pazienti caduti, valutati a rischio di caduta/totale dei pazienti caduti*100	1) entro il 30/06/2017; 2) standard indicatori previsti nella procedura: a) 50%; b) 50%	SISP, UGR	1) procedura; 2) report	10
Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2017 ex DGR 27-3570/2016 e dal PRP in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	1) n azioni previste dal Piano aziendale/totale azioni previste*100 2) indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti; 2) standard prefissati dalla Regione	UVOS	report	20
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100	>= 90%	strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	*



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature and several smaller initials.

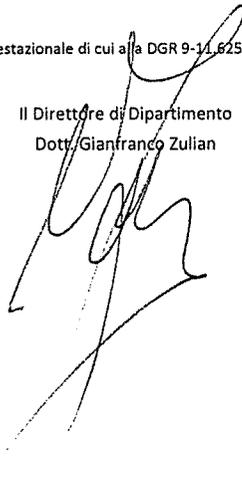
31 MAR 2017 9 55

Obiettivi di innovazione e sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia, finalizzata ad evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10
Promuovere la corretta valutazione dello stato vaccinale del dipendente/convenzionato, al fine di individuare la necessità/utilità di un vaccino e consentire l'aggiornamento dell'archivio vaccinale SISP	1) individuare le modalità operative di comunicazione tra MC e SISP; 2) applicare le modalità definite	1) entro il 30/06/2017; 2) dal 01/07/2017	MC, SISP	1) modalità operative; 2) relazione con definizione delle criticità rivate e delle azioni di miglioramento implementate	10

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11/025 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

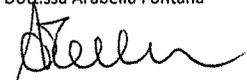
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Gianfranco Zulian



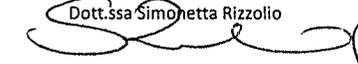
Il Direttore di Struttura  
Dott. Aniello Esposito



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto




65

31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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 riepilogativo azioni PO	



*[Handwritten signatures and initials]*

IL DIRETTORE  
Dott. Anello Esposito  
*[Signature]*

65

31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione	DIRETTORE: dott.ssa Silvana Pitrolo	

Obiettivi Economici e di Attivita					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza e alla realizzazione del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	strutture coinvolte nel PLP e/o nel PAISA	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10
Valutazione elementi di conformità allo standard di funzionamento dell'Autorità Competente per la sicurezza alimentare, proseguendo l'attività di autovalutazione ai sensi della DGR 30 Dicembre 2013, n. 12-6980 (biennio 2016/2017)	1) Compilazione dell'apposita check list ministeriale ed inserimento dei dati nella piattaforma informatica del Ministero Salute 2) Audit interno	1) Entro 31.01.2018 2) Entro il 31.12.17	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Check list ministeriale compilata 2) Audit	30
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 882/2004	1) Stesura di apposita procedura operativa condivisa SIAN-SIAV A; SIAV B; SIAV C 2) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	1) Entro 30.04.2017; 2) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31.12.2017	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Procedura; 2) Relazione	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un migliore stile di vita dei pazienti schizofrenici in terapia con antipsicotici, con particolare riferimento alla corretta alimentazione e alla promozione dell'attività fisica	1) definizione del gruppo di lavoro; 2) definizione e condivisione del percorso di gestione e presa in carico dei pazienti; 3) n. Incontri con medico SIAN, operatori del DSM e pazienti; 4) pazienti presi in carico/totale dei pazienti inviati * 100	1) entro il 30/04/2017; 2) entro il 30/06/2017; 3) almeno 2 all'anno; 4) >=95%	Psichiatria Area Sud, Psichiatria Area NordSIAN	1) gruppo di lavoro; 2) percorso; 3) relazione; 4) report Psichiatria	20
Promuovere un corretto stile alimentare in ambito scolastico in collaborazione con la Nefrologia e la Pediatria dell'ASL NO	azioni di promozione della salute effettuate nel corso dell'anno	almeno un'iniziativa congiunta (SIAN, Pediatria, Nefrologia), per docenti e studenti, inserita nella banca dati ProSa	Nefrologia, Pediatria, SIAN	Materiale didattico utilizzato/relazione	10
Aggiornare la procedura aziendale relativa all'emergenzasanitaria extra-ospedaliera	aggiornamento procedura aziendale	entor il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSa, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	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 Zulian

Il Direttore di Struttura  
Dott. ssa Silvana Pitrolo

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali Incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoca 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. ssa Silvana Pitrolo



65

STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati	DIRETTORE: dott. Maurizio Roceri	

65

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza e alla realizzazione del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	strutture coinvolte nel PLP	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	
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	N. Impianti classificati in base al rischio/ N. Impianti riconosciuti CE censiti*100	100%	SIAV AREA B	Rendicontazione su sistema operativo regionale "Vetalimenti Piemonte"	20

21 MAR. 2017

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Valutazione elementi di conformità allo standard di funzionamento dell'Autorità Competente per la sicurezza alimentare, proseguendo l'attività di autovalutazione ai sensi della DGR 30 Dicembre 2013, n. 12-6980 (biennio 2016/2017)	1) Compilazione dell'apposita check list ministeriale ed inserimento dei dati nella piattaforma informatica del Ministero Salute 2) Audit interno	1) Entro 31.01.2018 2) Entro il 31.12.17	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Check list ministeriale compilata 2) Audit	30
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 882/2004	1) Stesura di apposita procedura operativa condivisa SIAN-SIAV A; SIAV B; SIAV C 2) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	1) Entro 30.04.2017; 2) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31.12.2017	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Procedura; 2) Relazione	30
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Obiettivi di Innovazione a Sviluppo

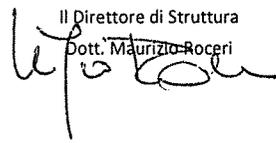
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornare la procedura aziendale relativa all'emergenzasanitaria extra-ospedaliera	aggiornamento procedura aziendale	entor il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DiPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consulteri, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	10

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

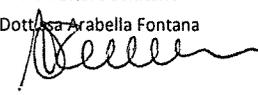
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Gianfranco Zulian



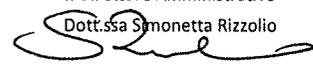
Il Direttore di Struttura  
Dott. Maurizio Roceri



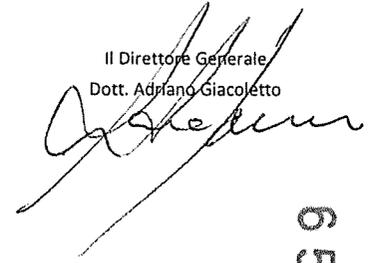
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



65 31 MAR. 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare *100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalizzati incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 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 trasmesse all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO	



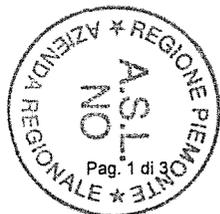
IL DIRETTORE  
Dott. Maurizio Rogeri

65 31 MAR. 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO di PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	DIRETTORE: dott. Pierluigi Rattone	

Obiettivi Economici e di Affidabilità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza e alla realizzazione del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	strutture coinvolte nel PLP	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	
Registrazione/autorizzazione ASL per i Laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo delle imprese alimentari e mangimistiche ai sensi del Reg. CE 1069/2009 e Reg. CE 142/2011	Impianti registrati/autorizzati	100%	SIAV AREA C	Rendicontazione su sistema operativo regionale "Vetalimenti Piemonte"	20

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Valutazione elementi di conformità allo standard di funzionamento dell'Autorità Competente per la sicurezza alimentare, proseguendo l'attività di autovalutazione ai sensi della DGR 30 Dicembre 2013, n. 12-6980 (biennio 2016/2017)	1) Compilazione dell'apposita check list ministeriale ed inserimento dei dati nella piattaforma informatica del Ministero Salute 2) Audit interno	1) Entro 31.01.2018 2) Entro il 31.12.17	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Check list ministeriale compilata 2) Audit	30
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 882/2004	1) Stesura di apposita procedura operativa condivisa SIAN-SIAV A; SIAV B; SIAV C 2) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata	1) Entro 30.04.2017; 2) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31.12.2017	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Procedura; 2) Relazione	30
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

65 31 MAR. 2017 \*

Oggetti di Intervento e Soluzioni

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornare la procedura aziendale relativa all'emergenzasanitaria extra-ospedaliera	aggiornamento procedura aziendale	entor il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DiPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	10

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

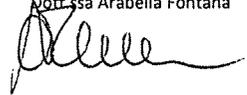
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Gianfranco Zulian



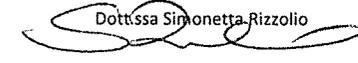
Il Direttore di Struttura  
Dott. Pierluigi Rattore



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



65

31 MAR. 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE  
Dott. Pierluigi Rattone

65  
31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIRETTORE: dott. Gianfranco Zulian	100
STRUTTURA: s.c. Sanità Animale	DIRETTORE: dott. Franco Tinelli	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Valutazione elementi di conformità allo standard di funzionamento dell'Autorità Competente per la sicurezza alimentare, proseguendo l'attività di autovalutazione ai sensi della DGR 30 Dicembre 2013, n. 12-6980 (biennio 2016/2017)	Completazione dell'apposita check list ministeriale ed inserimento dei dati nella piattaforma informatica del Ministero Salute.	Entro 31.01.2018	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	Check list ministeriale compilata	30
Intensificare, migliorare e ridefinire i rapporti con le altre strutture Aziendali coinvolte nell'attuazione ai Programmi del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...) e partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza e alla realizzazione del PRISA/PAISA	1) azioni realizzate/azioni previste nel PLP * 100; 2) azioni realizzate/azioni previste nel PAISA * 100;	1,2) >= 90%	strutture coinvolte nel PLP	1) Rendicontazione del PLP; 2) Rendicontazione PAISA	

Obiettivi di Appropriazione Località					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare con la S.S. di Epidemiologia, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici, con particolare riferimento al tavolo di coordinamento per la governance del PLP ed alle azioni di sorveglianza previste dai programmi regionali e nazionali: PASSI, PASSI d'argento e Okkio alla salute.	N° schede revisionate (aggiornate e/o eliminate e/o inserite)	Al 31/12/2017 per ciascuna struttura almeno 1 scheda "revisionata" nel 2017 o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	SIAN, SISP, UVOS, Spresal, SIAV B, SIAV C, SERT, Medicina legale	Schede revisionate e pubblicate	10
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 Borgomanero della ASL NO, dove hanno sede il Centro unificato dello screening HPV ed il CPVE, secondo la convenzione in essere tra ASR dell'AIC3	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	Attuazione interventi secondo protocollo operativo	SIMT, AP, UVOS, PMPPV, SEP	Documento di rendiconto attività	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi dell'art. 8 del Reg. CE 882/2004	1) Stesura di apposita procedura operativa condivisa SIAV A, SIAV B, SIAV C-SIAN; 2) Supervisione sul campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata; 3) Audit interno di sistema e di settore	1) Entro 30.04.2017; 2) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31.12.2017; 3) n. 1 audit entro 31.12.2017	Strutture di sicurezza alimentare D.P.	1) Procedura; 2) Relazione; 3) Verbale di audit	10
Aggiornare la procedura aziendale relativa all'emergenzasanitaria extra-ospedaliera	aggiornamento procedura aziendale	entor il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	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 Direttore di Struttura  
Dott. Franco Tinelli

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giaccolletto



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali.	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE  
Dott. Frando Tinelli



65

6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a: Distretto Urbano di Novara € 11.580.000 Coordinamento Cure Primarie € 35.813.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20
Recupero ticket per esenzioni non dovute conseguenti a verifiche MEF	Spedizione mezzo raccomandata di invito al pagamento del ticket non versato e definizione criticità relative con Agenzia delle Entrate ecc./ totale segnalazioni da elenchi SOGEI	100% elenco SOGEI anni 2012-2013 entro il 31/12/2017	Servizio Ispettivo - s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione- DUN, AILCAT	Report di monitoraggio Servizio Ispettivo	5
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	Spedizione mezzo raccomandata di invito al pagamento del ticket/inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate / totale pagamenti da esigere	100% anni 2015-2016 entro il 30/06/2017	AILCAT, Distretti, Servizio Ispettivo	relazione	5
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) piano con fabbisogno di attività specialistica ambulatoriale (da specialisti convenzionati, da strutture pubbliche e da strutture private) per contenimento tempi d'attesa 2) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 3) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 4) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 5) tempi di attesa 6) processo di dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale.	1) entro 30/04/2017 2) 100%; 3) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 4) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 5) entro lo standard regionale 6) a regime entro il 31.12.2017	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) piano 2) report SINP; 3) relazione; 4) Report responsabile tempi di attesa; 5) report SINP 6) relazione	20
Riorganizzare le Commissioni attive a livello territoriale (UCAD, UVG, UMDV, UVH, vigilanza strutture sanitarie e socio sanitarie) in maniera condivisa dal Tavolo dei Direttori di Distretto in modo da evitare eventuali duplicazioni e da omogeneizzare le procedure tra Distretti	1) definizione della composizione e del regolamento di funzionamento di ciascuna Commissione 2) calendarizzazione delle attività delle Commissioni 3) n incontri effettuati/programmati	1,2) proposta condivisa con il tavolo dei Direttori di Distretto inviata alla Direzione Generale entro 30/06/2017 3) 90%	Distretti, SerT, DSM, DMI	1) e 2) nota del Distretto 3) verbali	5
Perseguire gli obiettivi della Rete Oncologica per il territorio in modo da assicurare la presa in carico globale del paziente oncologico e della propria famiglia, coinvolgendo tutti gli attori dell'area Sanitaria e Sociale	1) partecipazione del Distretto alle iniziative promosse dal Dipartimento Rete Oncologica nel corso dell'anno 2) azioni del progetto CAS territorio realizzate/ azioni programmate	1) almeno: corsi di formazione; Bussola dei Valori 2) secondo cronoprogramma del progetto	Distretti, Oncologia, MMG	1, 2, 3) relazione	5

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire gli obiettivi 2017 di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT) definiti nell'ambito del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	indicatori previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	standard previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	Distretti, SerT, DSM, DMI	Report	5
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio cadute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2017 e l'applicazione della raccomandazione 17 (promozione della adozione da parte MMG di scheda di ricognizione per pazienti che devono essere ricoverati in ospedale)	1) rischio cadute 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA 3) RACCOMANDAZIONE 17 - report di monitoraggio della adozione scheda da parte dei MMG	1) valutazione sperimentazione entro 31/12/2017; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura 3) mensile a partire dall'introduzione della scheda	Distretti, SISP, DMPO, tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1) relazione criticità 2) Consuntivo ICA DMPO 2017 3) report	5
Attuare strategie per governare il percorso dei MMG volto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica: 1) partecipando alle Commissioni Distrettuali Appropriatazza Prescrittiva e adottando le azioni correttive individuate; 2) partecipando ai gruppi di lavoro interaziendali (ASL AOU) MMG-specialisti-FT-FO su (a) farmaci antipertensivi e (b) Vitamina D per la stesura di documenti con linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di antipertensivi e vitamina D	1) n. incontri effettuati/n. incontri programmati 2a) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa; 2b) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di Vitamina D	1) almeno 90% 2a) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 31/05/2017 2b) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	1) verbali 2, 3) documento	20



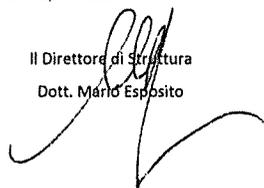
Handwritten signatures and initials.

65 31 MAR. 2017

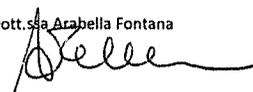
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere la realizzazione/completamento dei progetti connessi alla nuova articolazione dei distretti a) Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (DGR 3/2016)	Progetti realizzati Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (sperimentazioni approvate dalla Regione)	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/2017	DIP5a, DMPO, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento DEA, Cure Palliative, Cure Domiciliari, Distretti	Relazione con rendicontazione dei progetti	*
Effettuare l'analisi della ricaduta sul servizio derivante dall'applicazione dei nuovi LEA prevedendo anche un'uniformità procedurale tra i Distretti	1) valutazione dell'impatto organizzativo ed economico dovuto all'applicazione dei nuovi LEA; 2) definizione di un programma attuativo di massima delle eventuali modifiche organizzative e procedurali; 3) attuazione delle modifiche	1) inviato alla Direzione entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/06/2017 3) a seguito dell'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni	Distretti	1) relazione, 2) programma; 3) relazione	5
Implementare l'assistenza domiciliare e residenziale per persone in condizioni di disabilità ed anziani non autosufficienti secondo gli indirizzi del DPCM 12/1/2017, pubblicato in GU n. 65 del 18/03/2017, relativo a Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 co. 7 D. Les. 502/1992.	1) avvio CAVS di Novara	1) entro 30/06/2017	Distretti	1, 2) delibera	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 Struttura  
Dott. Mario Esposito



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacchetto

65  
147  
31 MAR. 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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. Mario Esposito

Obiettivi Economici e di Attivita'					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 10.255.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	Spedizione mezzo raccomandata di invito al pagamento del ticket/inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate / totale pagamenti da esigere	100% anni 2015-2016 entro il 30/06/2017	AILCAT, Distretti, Servizio Ispettivo	relazione	20
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) piano con fabbisogno di attività specialistica ambulatoriale (da specialisti convenzionati, da strutture pubbliche e da strutture private) per contenimento tempi d'attesa 2) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 3) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 4) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 5) tempi di attesa 6) processo di dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale	1) entro 30/04/2017 2) 100%; 3) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 4) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 5) entro lo standard regionale 6) a regime entro il 31.12.2017	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) piano 2) report SINF; 3) relazione; 4) Report responsabile tempi di attesa; 5) report SINF 6) relazione	5
Riorganizzare le Commissioni attive a livello territoriale (UCAD, UVG, UMDV, UVH, vigilanza strutture sanitarie e socio sanitarie) in maniera condivisa dal Tavolo dei Direttori di Distretto in modo da evitare eventuali duplicazioni e da omogeneizzare le procedure tra Distretti	1) definizione della composizione e del regolamento di funzionamento di ciascuna Commissione 2) calendarizzazione delle attività delle Commissioni 3) n incontri effettuati/programmati	1,2) proposta condivisa con il tavolo dei Direttori di Distretto inviata alla Direzione Generale entro 30/06/2017 3) 90%	Distretti, SerT, DSM, DMI	1) e 2) nota del Distretto 3) verbali	10
Perseguire gli obiettivi della Rete Oncologica per il territorio in modo da assicurare la presa in carico globale del paziente oncologico e della propria famiglia, coinvolgendo tutti gli attori dell'area Sanitaria e Sociale	1) partecipazione del Distretto alle iniziative promosse dal Dipartimento Rete Oncologica nel corso dell'anno 2) azioni del progetto CAS territorio realizzate/ azioni programmate	1) almeno: corsi di formazione; Bussola dei Valori 2) secondo cronoprogramma del progetto	Distretti, Oncologia, MMG	1, 2, 3) relazione	5

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire gli obiettivi 2017 di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT) definiti nell'ambito del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	indicatori previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	standard previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	Distretti, SerT, DSM, DMI	Report	5
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio cadute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2017 e l'applicazione della raccomandazione 17 (promozione della adozione da parte MMG di scheda di ricognizione per pazienti che devono essere ricoverati in ospedale)	1) rischio cadute 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA 3) RACCOMANDAZIONE 17 - report di monitoraggio della adozione scheda da parte dei MMG	1) valutazione sperimentazione entro 31/12/2017; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura 3) mensile a partire dall'introduzione della scheda	Distretti, SISP, DMPO, tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1) relazione criticità 2) Consuntivo ICA DMPO 2017 3) report	5
Attuare strategie per governare il percorso del MMG volto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica: 1) partecipando alle Commissioni Distrettuali Appropriatazza Prescrittiva e adottando le azioni correttive individuate; 2) partecipando ai gruppi di lavoro interaziendali (ASL AOU) MMG-specialisti-FT-FO su (a) farmaci antipertensivi e (b) Vitamina D per la stesura di documenti con linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di antipertensivi e vitamina D	1) n. incontri effettuati/n. incontri programmati 2a) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa; 2b) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di Vitamina D	1) almeno 90% 2a) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 31/05/2017 2b) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	1) verbali 2, 3) documento	20



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

65

Vertical text on the right margin, possibly a date or reference number.

Obiettivi di innovazione e sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere la realizzazione/completamento dei progetti connessi alla nuova articolazione dei distretti a) Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (DGR 3/2016)	Progetti realizzati Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (sperimentazioni approvate dalla Regione)	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/2017	DIPSa, DMPO, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento DEA, Cure Palliative, Cure Domiciliari, Distretti	Relazione con rendicontazione dei progetti	*
Effettuare l'analisi della ricaduta sul servizio derivante dall'applicazione dei nuovi LEA prevedendo anche un'uniformità procedurale tra i Distretti	1) valutazione dell'impatto organizzativo ed economico dovuto all'applicazione dei nuovi LEA; 2) definizione di un programma attuativo di massima delle eventuali modifiche organizzative e procedurali; 3) attuazione delle modifiche	1) inviato alla Direzione entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/06/2017 3) a seguito dell'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni	Distretti	1) relazione; 2) programma; 3) relazione	5
Implementare l'assistenza domiciliare e residenziale per persone in condizioni di disabilità ed anziani non autosufficienti secondo gli indirizzi del DPCM 12/1/2017, pubblicato in GU n. 65 del 18/03/2017, relativo a Definizione e aggiornamento del Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 co. 7 D Lgs. 502/1992.	1) avvio CAVS di Cameri	1) entro 30/06/2017	Distretti	1, 2) delibera	5

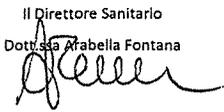
65  
21 MAR. 2017

(\*) 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. Francesco Grazioli



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbal incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. Francesco Grazioli



65

3 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 15.090.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) piano con fabbisogno di attività specialistica ambulatoriale (da specialisti convenzionati, da strutture pubbliche e da strutture private) per contenimento tempi d'attesa 2) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 3) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 4) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 5) tempi di attesa 6) processo di dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale	1) entro 30/04/2017 2) 100%; 3) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 4) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 5) entro lo standard regionale 6) a regime entro il 31.12.2017	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) piano 2) report SINP; 3) relazione; 4) Report responsabile tempi di attesa; 5) report SINP 6) relazione	20
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	Spedizione mezzo raccomandata di invito al pagamento del ticket/inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate / totale pagamenti da esigere	100% anni 2015-2016 entro il 30/06/2017	AILCAT, Distretti, Servizio Ispettivo	relazione	5
Riorganizzare le Commissioni attive a livello territoriale (UCAD, UVG, UMDV, UVH, vigilanza strutture sanitarie e socio sanitarie) in maniera condivisa dal Tavolo dei Direttori di Distretto in modo da evitare eventuali duplicazioni e da omogeneizzare le procedure tra Distretti	1) definizione della composizione e del regolamento di funzionamento di ciascuna Commissione 2) calendarizzazione delle attività delle Commissioni 3) n. incontri effettuati/programmati	1,2) proposta condivisa con il tavolo dei Direttori di Distretto inviata alla Direzione Generale entro 30/06/2017 3) 90%	Distretti, SerT, DSM, DMI	1) e 2) nota del Distretto 3) verbali	10
Perseguire gli obiettivi della Rete Oncologica per il territorio in modo da assicurare la presa in carico globale del paziente oncologico e della propria famiglia, coinvolgendo tutti gli attori dell'area Sanitaria e Sociale	1) partecipazione del Distretto alle iniziative promosse dal Dipartimento Rete Oncologica nel corso dell'anno 2) azioni del progetto CAS territorio realizzate/ azioni programmate	1) almeno: corsi di formazione; Bussola dei Valori 2) secondo cronoprogramma del progetto	Distretti, Oncologia, MMG	1, 2, 3) relazione	5

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire gli obiettivi 2017 di collaborazione con gli enti Gestori (scheda 09 del PAT) definiti nell'ambito del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	indicatori previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	standard previsti nel programma 2017 del Tavolo Interaziendale Interdistrettuale	Distretti, SerT, DSM, DMI	Report	5
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di valutazione e prevenzione del rischio cadute in RSA, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2017 e l'applicazione della raccomandazione 17 (promozione della adozione da parte MMG di scheda di ricognizione per pazienti che devono essere ricoverati in ospedale)	1) rischio cadute 2) indicatori previsti nei progetti assegnati per la prevenzione e controllo ICA 3) RACCOMANDAZIONE 17 - report di monitoraggio della adozione scheda da parte del MMG	1) valutazione sperimentazione entro 31/12/2017; 2) standard indicatori dei progetti assegnati alla struttura 3) mensile a partire dall'introduzione della scheda	Distretti, SISP, DMPO, tutte le strutture afferenti il PO di Borgomanero	1) relazione criticità 2) Consuntivo ICA DMPO 2017 3) report	5
Attuare strategie per governare il percorso dei MMG volto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica: 1) partecipando alle Commissioni Distrettuali Appropriatozza Prescrittiva e adottando le azioni correttive individuate; 2) partecipando ai gruppi di lavoro Interaziendali (ASL AOU) MMG-specialisti-FT-FO su (a) farmaci antipertensivi e (b) Vitamina D per la stesura di documenti con linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di antipertensivi e vitamina D	1) n. incontri effettuati/n. incontri programmati 2a) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa; 2b) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di Vitamina D	1) almeno 90% 2a) elaborato dal gruppo di lavoro Interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 31/05/2017b) approvato entro 30/06/2017 2b) elaborato dal gruppo di lavoro Interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	1) verbali 2, 3) documento	20

65

31 MAR 2017



Obiettivi di innovazione e sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere la realizzazione/completamento dei progetti connessi alla nuova articolazione dei distretti a) Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (DGR 3/2016)	Progetti realizzati Riorganizzazione Cure Palliative; b) Riorganizzazione Cure Domiciliari; c) attivazione PUA; d) attivazione CA 116-117; e) avvio Hospice f) Case della salute (sperimentazioni approvate dalla Regione)	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/2017	DIPSa, DMPO, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento DEA, Cure Palliative, Cure Domiciliari, Distretti	Relazione con rendicontazione dei progetti	*
Effettuare l'analisi della ricaduta sul servizio derivante dall'applicazione dei nuovi LEA prevedendo anche un'uniformità procedurale tra i Distretti	1) valutazione dell'impatto organizzativo ed economico dovuto all'applicazione dei nuovi LEA; 2) definizione di un programma attuativo di massima delle eventuali modifiche organizzative e procedurali; 3) attuazione delle modifiche	1) inviato alla Direzione entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/06/2017 3) a seguito dell'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni	Distretti	1) relazione; 2) programma; 3) relazione	5
Implementare l'assistenza domiciliare e residenziale per persone in condizioni di disabilità ed anziani non autosufficienti secondo gli indirizzi del DPCM 12/1/2017, pubblicato in GU n. 65 del 18/03/2017, relativo a Definizione e aggiornamento del Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 co. 7 D Lgs. 502/1992.	1) avvio CAVS di Momo Hospice di Arona e sviluppo Nucleo CuRe OT 2) apertura	1) entro 30/06/2017 2) entro 31/12/2017	Distretti	1, 2) delibera	5

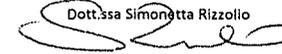
Il Direttore di Struttura  
Dott. Paolo Lo Giudice



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giaretto




65  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 ripilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Paolo Lo Giudice



AR S

STRUTTURA: s.s.d. Servizio assistenza protesica e integrativa	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Lorenzo Brusa
---	---

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget provvisorio pari a € 7.626.000,00	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	20
Perseguire gli obiettivi di governo dell'assistenza integrativa e protesica secondo le indicazioni regionali	1) costo netto di assistenza integrativa per mille abitanti/popolazione pesata; 2) costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti /popolazione pesata	valore standard stabilito da Regione	AIP, Distretti	Report Controllo di Gestione	20

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere la riallocazione di risorse prevedendo alternative modalità di prescrizione/distribuzione dei cateteri vescicali, identificando e applicando i criteri di appropriatezza per la prescrizione e la consegna diretta di cateteri vescicali	progetto di fattibilità della distribuzione diretta di cateteri vescicali e definizione dei criteri di individuazione dei cateteri distribuibili in DD e delle modalità operative per effettuare la DD	entro il 31/05/2017	ssd API, sc Farmacia ospedallera, Distretti	Progetto di fattibilità	20
In qualità di Referente Aziendale PEAS, coordinare la rete dei referenti per l'educazione alla Salute e dare attuazione al programma di attività previsto nel PLP	1) proposta di delibera rete referenti 2) attività effettuate/attività programmate nel PLP	1) delibera aggiornata e approvata dalla Direzione Generale entro 30/04/2017 2) almeno 90%	AIP	1) delibera 2) rendicontazione PLP	*

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Effettuare l'analisi della ricaduta sul servizio derivante dall'applicazione dei nuovi LEA per l'erogazione di protesi e ausili di ultima generazione,	1) valutazione dell'impatto organizzativo ed economico dovuto all'applicazione dei nuovi LEA; 2) definizione di un programma attuativo di massima delle eventuali modifiche organizzative e procedurali; 3) attuazione delle modifiche	1) inviato alla Direzione entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/06/2017 3) a seguito dell'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni	ssd API	1) relazione; 2) programma; 3) relazione	20
Uniformare le modalità di acquisizione di materiale protesico, attraverso la definizione di una procedura condivisa con AIC3, anche tenuto conto dei nuovi LEA	1) procedura approvata e deliberata; 2) applicazione della procedura	1) entro il 31/05/2017, 2) applicazione dal 01/06/2017	ssd API, ssd RRF	procedura	20

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

Il Dirigente responsabile

Dott. Lorenzo Brusa

*Lorenzo Brusa*

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Arabella Fontana

*Arabella Fontana*

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simonetta Rizzolio

*Simonetta Rizzolio*

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacometto

*Adriano Giacometto*



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, del Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100;	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza motivata produrre specifica documentazione	2) Verball incontri - report presenze 3) Relazione e cruscotto compilato 4) relazione e verball
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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verball; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verball
	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; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, 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. Lorenzo Brusa



65

1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

S  
 Ar

STRUTTURA: s.s.d. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Aldo Crespi	100
---	---	-----

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2016	Strutture aziendali	Report Controllo di Gestione	10
Garantire l'adeguata rendicontazione dell'attività svolta attraverso il corretto inserimento dei dati in FARSIAI ADI e SID	1) n° errori rilevati da ASL CN2; 2) N° cartelle impropriamente non chiuse/totale cartelle da chiudere*100	< 2016; 0%	Assistenza territoriale; Distretti	1,2) report ASL CN2	25
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	10
Garantire la partecipazione degli specialisti della struttura alle attività del Nucleo di Controllo Ricoveri Esterni secondo le necessità espresse	N. presenze al NCRE/N. richieste di collaborazione formulate dal NCRE	100%	ATAD - NCRE	verbali NCRE	

Obiettivi di Approprietezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Corretta applicazione dei percorsi ATAD – PUA	n° casi presi in carico dalle Cure Domiciliari (ADI) entro 24-48 ore dal lunedì al venerdì/totale dei pazienti inviati dal PUA*100	100% al 31/12/17	Cure Domiciliari, Distretti	report di Cure Domiciliari	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Uniformare e armonizzare le modalità di gestione ed operative e la modulistica di tutte le sedi del servizio, attraverso la stesura di un manuale e l'aggiornamento della modulistica Cure Domiciliari	1) Predisposizione e condivisione del manuale, da sottoporre al Tavolo dei direttori di distretto; 2) Predisposizione/aggiornamento della modulistica, da sottoporre al Tavolo dei direttori di distretto; 3) Diffusione del manuale e della modulistica approvati; 4) n moduli corretti/n. moduli utilizzati * 100 (rilevazione a campione novembre-dicembre 2017)	1,2) entro il 31/10/2017; 3) entro il 31/11/2017; 4) >= 90%	Cure domiciliari	1) Manuale; 2) Modulistica; 3) report	20
Collaborare all'aggiornamento della procedura aziendale relativa all'emergenza territoriale presso le strutture territoriali sanitarie e assistenziali	aggiornamento procedura aziendale	entro il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	5

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

Il Dirigente responsabile  
Dott. Aldo Crespi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto



65  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbalni incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Doct. Aldo Crespi



65

31 MAR. 2017

STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Venerando Cardillo	100
-----------------------------------	--	-----

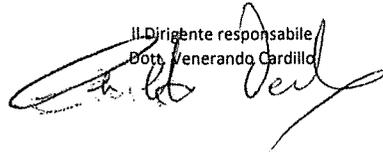
Obiettivi Economici e Costo/ricavo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2016	Strutture aziendali	Report Controllo di Gestione	10
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	20
Nello sviluppo dell'attività della rete locale delle Cure Palliative sull'intero territorio Asl No e del Progetto "Continuità Assistenziale", operare la piena adesione all'integrazione con le Cure Domiciliari attraverso modalità di intervento ADI+UOCP – SID+UOCP	n. pazienti idonei segnalati dal PUA/n. Pz presi in carico dalle Cure Palliative nelle forme ADI+UOCP – SID+UOCP	100%	Cure Domiciliari; PUA; Cure Palliative	relazione PUA	10

Obiettivi di Appropriato e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	15
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per DDD anno 2017 vs costo DDD anno 2016	<= anno 2016	Cure palliative	Flusso CO e DD	15
Allineamento delle attività rese nell'ambito della Rete Oncologica alle disposizioni DGR 51-2485, garantendo la partecipazioni ai GIC di competenza	n. incontri GIC cui il referente designato della Strutturta partecipa/n. Incontri effettuati;	>= 90	Cure palliative, Oncologia, Strutture aziendali rete oncologica	VERBALI gic	*

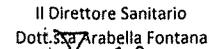
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare ed uniformare in tutta l'ASL la qualità assistenziale del paziente oncologico nei vari setting di cura	1) apertura di un ambulatorio nell'Area Sud 2) 3)	1) apertura con prenotazione a CUP di un Ambulatorio a Novara entro fine marzo 2017 2) entro luglio 2017 3) nel corso del IV trimestre 2017	Cure Palliative	Relazione	15
Collaborare all'aggiornamento della procedura aziendale relativa all'emergenza territoriale presso le strutture territoriali sanitarie e assistenziali	aggiornamento procedura aziendale	entro il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consulitori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	15

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

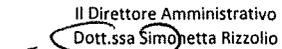
Il Dirigente responsabile  
Dott. Venerando Cardillo



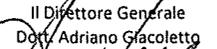
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




65  
31 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/note a GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. Venerando Cardillo

65

31/12/2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 165.000,00	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	30
Riorganizzazione della SSD Sanità Penitenziaria nel rispetto dell'Atto Aziendale (deliberazione 772/2015) e degli indirizzi Regionali (DGR26-3383 del 30.5.2016)	1) Piano di organizzazione della SSD 2) attuazione del piano 3) report di monitoraggio delle criticità rilevate e delle azioni correttive adottate	1) elaborato entro 30/06/2017 e presentato alla Direzione Generale per approvazione 2) a seguito della approvazione della Direzione Generale 3) report alla Direzione Generale al 30/09/2017 e al 31/12/2017	SSVD Sanità Penitenziaria	1) Piano di organizzazione 2,3) Report intermedio al 30/09/2017 e finale, entro il 31.12.2017	

Obiettivi di Approprietezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementazione della cartella clinica elettronica, secondo la tempistica e le indicazioni della Regione Piemonte, presso il Presidio Sanitario della C.C. di Novara	Ottemperanza alle indicazioni regionali per il superamento delle criticità rilevate nella fase sperimentale della cartella clinica elettronica limitatamente al settore giudiziario	secondo le indicazioni della Regione Piemonte	SSVD Sanità Penitenziaria	Report finale, entro il 31.12.2017	30

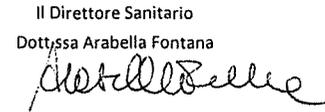
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Proposta di progetto di attivazione della Telemedicina nel servizio sanitario in ambito penitenziario	Progetto	Entro il 31.12.2017	s.s.d. Sanità Penitenziaria	Progetto	40

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

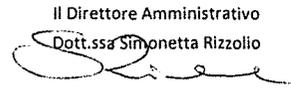
Il Dirigente responsabile  
Dott. Gianni Valzer



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacchetto




65  
\*  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. Gianni Valzer



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

65

31 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari al costo massimo individuato dalla Regione Piemonte con DGR 67-4540 del 29.12.16 (definizione dei tetti di spesa provvisori per l'anno 2017) e successive integrazioni + budget definito dalla Regione per attività di ossigenoterapia iperbarica in emergenza svolta dalla Casa di Cura I Cedri	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	15
Al sensi della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579, predisporre un Regolamento di funzionamento della Commissione di vigilanza per le attività sanitarie e relativo Piano annuale dei controlli e dare attuazione a detto piano	1) Predisposizione di un regolamento previa approvazione del Tavolo di coordinamento composto dai Direttori dei Distretti; 2) Predisposizione del Piano annuale dei controlli; 3) n. verbali redatti/n. sopralluoghi eseguiti	1) entro 30/04/2017; 2) entro il 31/05/2017; 3) 95%	ssd A.C.E.P., Distretti, Dipartimento Prevenzione	1) Regolamento approvato; 2) Piano approvato; 3) report	
Monitorare e verificare i progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS; liquidazione delle fatture in funzione della verifica alla rendicontazione	trimestrale/annuale (in funzione delle modalità definite dal contratto)	ssd A.C.E.P., ssd GoCSS	report	15
Predisporre i contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992 da sottoscrivere con le Strutture Private accreditate convenzionate con l'ASL NO e l'IRCCS Maugeri di Veruno, per l'anno 2017, ai sensi della normativa regionale, nel rispetto dei fabbisogni di prestazioni e dei tetti di spesa definiti in sede di programmazione dalle specifiche deliberazioni regionali e monitorarne l'attuazione	1) contratto con la Rete Villa Igea - I Cedri Hospital; 2) contratti con le strutture private accreditate e l'IRCCS di Veruno per l'anno 2017; 3) report di monitoraggio dell'andamento della produzione delle strutture private accreditate e dell'IRCCS di Veruno ai fini della liquidazione degli acconti mensili	1) entro il 30/04/2017; 2) in funzione delle tempistiche definite dalla Regione; 3) comunicazione trimestrale al Vertice Direzionale sull'andamento della produzione	ssd A.C.E.P.	1) Contratto; 2) Contratti; 3) report trimestrale sull'andamento della produzione	20

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Aggiornare le procedure di verifica sui deonti prodotti dalle strutture sanitarie private relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche tenuto conto della dematerializzata	Aggiornamento e integrazione della procedura	entro 30/09/2017	ssd A.C.E.P., Distretti	Procedura	15
Organizzazione della documentazione relativa alle strutture private, private accreditate e IRCCS insistenti sul territorio dell'ASL NO	Predisposizione di un "registro" informatizzato aggiornato contenente i dati relativi alle singole strutture (denominazione, sede legale, autorizzazione, ecc)	entro il 31/12/2017	ssd A.C.E.P., Distretti	Registro	15



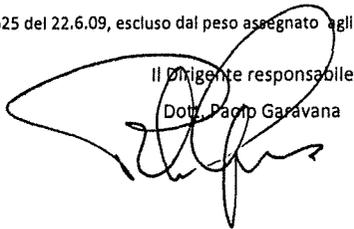
65

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione alle nuove regole in materia di mobilità internazionale con specifico riferimento alla gestione della fatturazione attiva e passiva	1) riunioni con referenti distrettuali 2) relazione annuale	1) >= 2 riunioni anno 2) entro 31/12/2017	ssd A.C.E.P., Distretti	1) verbali riunioni 2) Relazione annuale	20

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

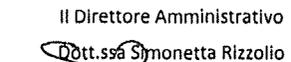
Il Dirigente responsabile  
Dott. Paolo Garavana



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoletto




65

31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì Incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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 riepilogativo azioni PO



IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
Dott. Paolo Garavara

65

31 MAR 2017

STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero	DIRETTORE: dott.ssa Daniela Kozel
---	-----------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget assegnato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 2.845.000 con verifica al 30/06/2017	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	10
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2017 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) RACCOMANDAZIONE 17 -definire in collaborazione con la Farmacia Territoriale e la Farmacia Ospedaliera la scheda per la ricognizione da utilizzare da parte dei MMG/PLS e per la riconciliazione da utilizzare da parte dei medici ospedalieri; 2) indicatori previsti nei progetti assegnati alla DMPO	1) entro 30/06/2017; 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	
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	spedizione messo raccomandata di invito al pagamento del ticket o inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate/totali pagamenti da esigere*100	100% di quelli di competenza anno 2015-2016 entro il 30/06/2017	AILCAT, Distretti, Servizio Ispettivo, DMPO	relazione	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare all'aggiornamento della procedura aziendale relativa all'emergenza territoriale presso le strutture territoriali sanitarie e assistenziali	aggiornamento procedura aziendale	entro il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DIPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	10
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica e al monitoraggio degli indicatori	1) sviluppo attività GIC aziendali e interaziendali 2) supporto alle strutture aziendali ospedaliere nella redazione/revisione PDTA rete oncologica (aziendali e interaziendali); PDTA predisposti o aggiornati/totale dei PDTA*100	1) entro 31/12/2017; 2) 90%	strutture della Rete Oncologica	1,2) relazione; 3) PDTA	20
Monitorare e discutere con le specifiche strutture gli indicatori relativi al PNE	1) report commentato ai dati PNE; 2) partecipazione alle riunioni di Dipartimento relative alla discussione del PNE con presentazione degli indicatori	semestrale; 2) almeno una riunione all'anno per Dipartimento	tutte le strutture del Dipartimento	verbali	10

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare, per gli aspetti di competenza, alla realizzazione/completamento dei progetti dei Dipartimenti/Distretti: a) Riorganizzazione delle Sale Operatorie; b) attivazione PUA; c) Attivazione CA 116-117	Progetti realizzati	Secondo cronoprogramma previsto nei singoli progetti e comunque entro il 31/12/2017	DIPSA, DMPO, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento DEA, Cure Palliative, Cure Domiciliari, Distretti	Relazione con rendicontazione dei progetti	20
Supportare la Direzione Sanitaria nella stesura, attuazione e monitoraggio del programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali (DGR relativa al governo dei tempi di attesa in via di emanazione)	1) programma operativo aziendale redatto; 2) partecipazione alla Commissione tecnica per i tempi di attesa dell'ASL NO: percentuali di incontri a cui si è partecipato; 3) monitoraggio dell'attuazione del programma, attraverso l'individuazione e l'attuazione (per quanto di competenza) delle azioni di miglioramento nel caso di scostamento dai tempi di attesa: azioni di miglioramento individuate/criticità previste*100	1) entro i tempi definiti dalla Regione;; 2) 90% 2) 90%	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) programma; 2) relazione	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 Struttura  
Dott.ssa Daniela Kozel

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

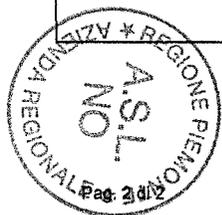
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



65  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE  
Dott.ssa Daniela Kozel

65  
31 MAR 2017

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

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Coordinare, promuovere e monitorare la realizzazione degli obiettivi trasversali alle strutture (applicazione raccomandazione 17, ecc) e discussione degli indicatori relativi al PNE	incontri di Dipartimento	almeno 4 all'anno in cui si sia discusso degli indicatori del PNE almeno in una riunione	tutte le strutture del Dipartimento	verbali

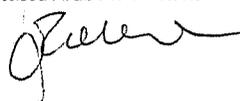
Obiettivi di Appropriatazza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Promuovere nelle strutture del Dipartimento le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali e monitorarne l'attuazione, intervenendo - se necessario - con azioni correttive	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100 (totale strutture dipartimento); 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso (sintesi di dipartimento) 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 4) tempi di attesa (sintesi di dipartimento)	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) incontri di Dipartimento; 2) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni, nonché dell'Assemblea di Dipartimento e relativa Rappresentanza; 3) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) almeno 4 all'anno; 2) entro il 30/09/2017; 3) entro il 31/12/2017	tutte le strutture del Dipartimento	1) verbali riunioni; 2) relazione; 3) relazione

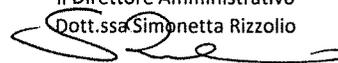
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Emilio Moretti



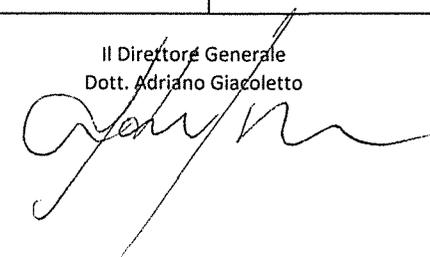
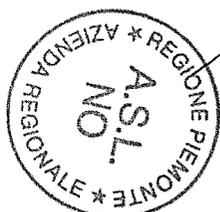
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Medicina Interna	DIRETTORE: dott. Gianluca Airoidi	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) scheda raccomandazione 17 applicata; 2b) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	20
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	20
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico	1) Percentuale di prescrizione di insulina glargine (ATC: A10AE04) aggiudicata in gara regionale/totale delle insuline ad azione lenta; 2a) Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2b) Costo per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016; 3) Spesa per le molecole etanercept ed infliximab/totale della spesa degli anticorpi TNF alfa appartenenti al gruppo L04AB; 4) Percentuale di prescrizione di infliximab aggiudicata in gara regionale/totale di infliximab	1) >o = 80%; 2a) >o = 90% esclusi pazienti con IRC; 2b) <o = anno 2016; 3) >o = 75%; 4) >o = 96%	Medicina	Piano terapeutico	30









65  
 3 MAR 2017

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Supportare alcuni PDTA per patologie croniche - BPCO, ipertensione, ecc - presso le Case della Salute (CAP, Antenne di Ghemme e Oleggio e nuove sperimentazioni in ASL NO) attraverso la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale divisionale, con istituzione di nuovi ambulatori di Pneumologia (per l'intero Distretto Nord dell' ASL NO), Reumatologia (nuovo distacco presso la sede di Ghemme) e Medicina Interna (tre giorni settimanali anziché uno).	1) progetto di riorganizzazione presentato alla DMPO e alla Direzione Generale; 2) Numero ore di ambulatorio divisionale; 3) partecipazione a gruppi di lavoro interaziendali MMG-specialisti per definizione linee di indirizzo per la gestione ipertensione e uso vitamina D	1) entro il 31/05/2017 2) >20% rispetto al 2016; 3) documento elaborato entro 31/05/2017 (ipertensione) e entro 30/06/2017 (vit. D)	Medicina Interna, Nefrologia, DMPO	1) progetto; 2) 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. Emilio Moretti

Il Direttore di Struttura  
Dott. Gianluca Airaldi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

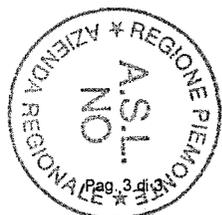


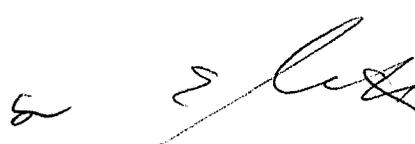
65  
\*  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo facsimile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100%; 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione al medesimo	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) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Gianluca Airolodi








65

 2017  
 2017  
 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	DIRETTORE: 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 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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 2017	PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati	100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura	strutture ospedaliere	report	10

Obiettivi di Appropriata Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Garantire l'attività di OBI (osservazione breve intensiva) ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili	1) Predisporre Regolamento OBI 2) N. PDTA aggiornati 3) Revisione regolamento DEA validato dalla DMPO	1) Presentazione del regolamento entro il 31-12-2017 2) >= 9 3) Entro il 31.12.2017	MECAU, DMPO	1) 3) Regolamento 2) PDTA	*
Al fine di promuovere il controllo del dolore, proseguire il progetto iniziato nel 2016, applicando gli strumenti individuati per la rilevazione del dolore: - scheda C-POT per la rilevazione del dolore nel paziente che non può comunicare; - scheda NRS già inserita nel protocollo per la rilevazione del dolore	1) % di pazienti che non possono comunicare per cui è stata applicata la scheda C-POT; 2) % pazienti a cui è stata applicata la scheda NRS	1) 100%; 2) >= 75%	DiPSa; Dipartimento DEA	Report	20

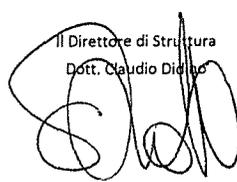
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare il PDTA per l'esecuzione della trombolisi endovenosa in caso di Stroke	N. pz. Trattati/N. pz. candidabili	>=75%	S.C. MECAU S.C. Neurologia S.S Rianimazione S.C. Cardiologia, SC Radiologia	report	20
Definire un Progetto di "Bed management" per la gestione dei Posti Letto del Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Individuazione gruppo di lavoro; 2) studio di fattibilità; 3) presentazione del progetto Bed Manager	1) entro il 31.05.17; 2) entro il 30.09.17; 3) entro il 31.12.17	DiPSa, DMPO	1) nomina gruppo di lavoro o lettera di convocazione; 2) studio di fattibilità; 3) progetto	15
Attivare il modello assistenziale secondo lo schema dell'accettante unico	Progetto di implementazione del modello	Presentazione del modello entro il 31-12-2017	SC MECAU	Progetto presentato alla DMPO	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. Emilio Moretti



Il Direttore di Struttura  
Dott. Claudio Didino



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simbretta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

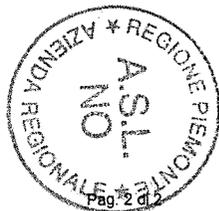



65  
21 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbalì;
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Claudia Didino



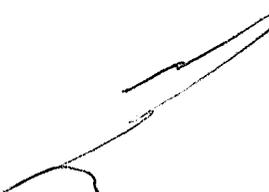
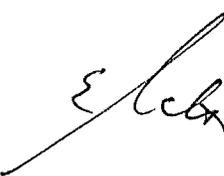
65

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Neurologia	DIRETTORE: dott. ssa Laura Godi	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) scheda raccomandazione 17 applicata; 2b) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	20
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	15

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	15
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine a basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >= 70% esclusi i casi di IRC 2) <= anno 2016	Cardiologia, neurologia, anestesia	Flusso CO e DD	15





65  
9 MAR. 2017

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare il PDTA per l'esecuzione della trombolisi endovenosa in caso di Stroke	N. pz. Trattati/N. pz. candidabili	>=75%	S.C. MECAU S.C. Neurologia S.S Rianimazione S.C. Cardiologia, SC Radiologia	report	10
Sviluppare il modello di gestione integrata per le demenze mediante la specifica rete UVA aziendale nel rispetto degli indirizzi della DGR 37-4207 del 14 novembre 2016 (Recepimento 'Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualita' e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze")	1) incontri periodici degli specialisti dei centri UVA 2) azioni effettuate/programmate per attuare DGR 37-4207 del 14/11/2016	1) >o=2 all'anno almeno 80%	2) Neurologia, specialisti amb convenzionati, distretto	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. Emilio Moretti



Il Direttore di Strutture  
Dott.ssa Laura Godi



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Gisoleto

65

31 MAR. 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a Incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Cardiologia	DIRETTORE: dott. Umberto Parravicini	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) scheda raccomandazione 17 applicata; 2b) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione (metodologia applicata: audit clinico)	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	20
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	5
Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei nuovi anticoagulanti orali (NAO)	Numero dei pazienti trattati con NAO dopo trattamento con antagonisti della vitamina K (AVK)/totale numero pazienti trattati con NAO	< o = 50%;	Cardiologia	Piani terapeutici e prescrizioni in SSN	10
Monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale- DD 235 del 23/03/2011	Corretta informazione nella lettera di dimissione della erogabilità dei medicinali a carico del SSN (DCI, Classe, NotaAIFA)	>o = 90%	Cardiologia	Report Farmacia Ospedaliera	5
Al fine di promuovere il controllo del dolore, proseguire il progetto iniziato nel 2016, applicando gli strumenti individuati per la rilevazione del dolore: - scheda C-POT per la rilevazione del dolore nel paziente che non può comunicare; - scheda NRS già inserita nel protocollo per la rilevazione del dolore	1) % di pazienti che non possono comunicare per cui è stata applicata la scheda C-POT; 2) % pazienti a cui è stata applicata la scheda NRS	1) 100%; 2) >= 75%	DiPSa; Dipartimento DEA	Report	10



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

65  
3 MAR 2017

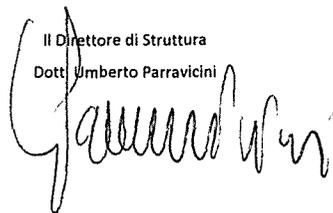
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare il PDTA per l'esecuzione della trombolisi endovenosa in caso di Stroke	N. pz. Trattati/N. pz. candidabili	>=75%	S.C. MECAU S.C. Neurologia S.S. Rianimazione S.C. Cardiologia, SC Radiologia	report	10
Applicazione del documento predisposto dal gruppo di lavoro interaziendale (AIC 3) "Gestione della bridge therapy nei pazienti in terapia anticoagulante"	n. consensi informati raccolti/N. trattati con bridge therapy	>=100%	S.C. MECAU S.C. Cardiologia, Dip. Chirurgico	report	10
Supportare PDTA per SCC presso le Case della Salute (CAP, Antenne di Ghemme e Oleggio e nuove sperimentazioni in ASL NO)	PDTA SCC: aggiornato ed attuato presso le Case della Salute	revisione e attuazione del PDTA SCC presso le Case della Salute a partire dal II semestre	SC Cardiologia, specialisti ambulatoriali, MMG	PDTA	10

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

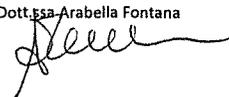
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Emilio Moretti



Il Direttore di Struttura  
Dott. Umberto Parravicini



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




65

3 MAR. 2011

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE  
 Dott. Umberto Parravicini



65  
 3 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Nefrologia	RESPONSABILE: dott. Stefano Cusinato	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) scheda raccomandazione 17 applicata; 2b) n. schede applicate/totali dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale.	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	10

Obiettivi di Appropriata Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	10
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Promuovere un uso appropriato di farmaci, in particolare eritropoietine, in ricovero ospedaliero ed in dimissione	Percentuale di DDD erogate del gruppo B03XA01(epoietine alfa,beta,zeta) aggiudicate in gara regionale /totale DDD del gruppo B03XA (Eritropoietine totali)	>= 90%	Nefrologia	Flusso CO e OD	10



Handwritten signatures and initials: 'elca', a stylized signature, another signature, and a large checkmark-like mark.

65 31 MAR. 2017

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Programma di trattamento dialitico per acuti con shock settico in presenza di fattori di rischio emorragico (Utilizzo di una nuova metodica dialitica che permette il trattamento senza l'utilizzo di coagulante sistemico ma loco regionale con citrato)	Attivazione nuova metodica in area critica	entro il 31/12/2017	S.C. Nefrologia, S.S. Rianimazione, S.S. UTIC	relazione	
Promuovere il consumo di alimenti sani in ambito scolastico in collaborazione con il SIAN e la Pediatria dell'ASL NO	azioni di promozione della salute effettuate nel corso dell'anno	almeno un'iniziativa congiunta (SIAN, Pediatria, Nefrologia), per docenti e studenti, inserita nella banca dati ProSa	Nefrologia, Pediatria, SIAN	Materiale didattico utilizzato/relazione	20
Supportare alcuni PDTA per patologie croniche - BPCO, ipertensione, ecc - presso le Case della Salute (CAP, Antenne di Ghemme e Oleggio e nuove sperimentazioni in ASL NO) attraverso la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale divisionale, con istituzione di nuovi ambulatori di Pneumologia (per l'intero Distretto Nord dell' ASL NO), Reumatologia (nuovo distaccamento presso la sede di Ghemme) e Medicina Interna (tre giorni settimanali anziché uno).	1) progetto di riorganizzazione presentato alla DMPO e alla Direzione Generale; 2) Numero ore di ambulatorio divisionale; 3) partecipazione a gruppi di lavoro interaziendali MMG-specialisti per definizione linee di indirizzo per la gestione ipertensione e uso vitamina D	1) entro il 31/05/2017 2) >20% rispetto al 2016; 3) documento elaborato entro 31/05/2017 (ipertensione) e entro 30/06/2017 (vit. D)	Medicina Interna, Nefrologia, DMPO	1) progetto; 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. Emilio Moretti

Il Direttore di Struttura  
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



\* 65 31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE  
Dott. Stefano Cusinato



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

65

3 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	DIRETTORE: dott. Emilio Moretti	100
STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione	RESPONSABILE : dott. Emilio Moretti	

65

31 MAR. 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	10
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso anche attraverso il coordinamento dell'attuazione del piano in collaborazione con il Direttore del Dipartimento Chirurgico	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 Infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017 > 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Precrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >= 70% 2) <= anno 2016	Cardiologia, neurologia, anestesia	Flusso CO e DD	25
Al fine di promuovere il controllo del dolore, proseguire il progetto iniziato nel 2016, applicando gli strumenti individuati per la rilevazione del dolore: - scheda C-POT per la rilevazione del dolore nel paziente che non può comunicare; - scheda NRS già inserita nel protocollo per la rilevazione del dolore	1) % di pazienti che non possono comunicare per cui è stata applicata la scheda C-POT; 2) % pazienti a cui è stata applicata la scheda NRS	1) 100%; 2) >= 75%	DIPSa; Dipartimento DEA	Report	25
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) 17 applicata; 2b) n. schede applicate/ totale dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare il PDTA per l'esecuzione della trombolisi endovenosa in caso di Stroke	N. pz. Trattati/N. pz. candidabili	>=75%	S.C. MECAU S.C. Neurologia S.S Rianimazione S.C. Cardiologia, SC Radiologia	report	10
Definire un Progetto di "Bed management" per la gestione dei Posti Letto del Presidio Ospedaliero di Borgomanero	1) Individuazione gruppo di lavoro; 2) studio di fattibilità; 3) presentazione del progetto Bed Manager	1) entro il 31.05.17; 2) entro il 30.09.17; 3) entro il 31.12.17	DIPSa, DMPO, Anestesia e Rianimazione	1) nomina gruppo di lavoro o lettera di convocazione; 2) studio di fattibilità; 3) progetto	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. Emilio Moretti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCSS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE  
Dott. Emilio Moretti



DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo
-------------------------	---------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Coordinare, promuovere e monitorare la realizzazione degli obiettivi trasversali alle strutture (riorganizzazione sale operatorie, applicazione raccomandazione 17, ecc) e discussione degli indicatori relativi al PNE	incontri di Dipartimento	almeno 4 all'anno in cui si sia discusso degli indicatori del PNE almeno in una riunione	tutte le strutture del Dipartimento	verbali

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Promuovere nelle strutture del Dipartimento le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali e monitorarne l'attuazione, intervenendo - se necessario - con azioni correttive	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100 (totale strutture dipartimento); 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso (sintesi di dipartimento) 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 4) tempi di attesa (sintesi di dipartimento)	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) redazione e attuazione del Regolamento di Dipartimento; 2) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni; 3) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/09/2017 3) entro il 31/12/2017	tutte le strutture del Dipartimento	1) Regolamento 2) Comitato 3) relazione



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Brugo

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

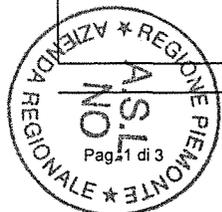
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

31 MAR. 2017

55

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale	DIRETTORE: dott. Amedeo Alonzo	

Oggetto: Economicità 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 2017 2) consumo di dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti di degenza e DH	Report FO; Report Controllo di Gestione	10
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS valutando sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di ospedalizzazione	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	< risultato PNE 2016 (dato 2015)	Chirurgia	report	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) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a aprtire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	10
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) Attivare GIC aziendali: tumori della tiroide e tumori cutanei 2) Istituire GIC interaziendale ASL NO - VCO tumori della stomaco; 3) Implementazione attività tumori senologici 4) Implementare PDTA oncologici: a) Stesura PDTA tumori cutanei; b) Aggiornamento/revisione dei PDTA per i tumori della tiroide; c) completamento stesura PDTA stomaco 5) Monitorare indicatori della Rete Oncologica: <u>Tiroide</u> : a) N. casi discussi al GIC entro 60 gg (per pz con GIC post-chirurgico)dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; b) N. casi discussi al GIC entro 15 gg (per pz con GIC non determinato dalla chirurgia) dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>tumori cute (melanomi)</u> : a) N. casi discussi al GIC entro 30 gg (per pz con GIC post-chirurgico)dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; b) N. casi discussi al GIC entro 15 gg (per pz con GIC non determinato dalla chirurgia) dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>Mammella</u> : a) N. casi discussi al GIC entro 24 gg dalla visita CAS (o dalla biopsia)/n. casi diagnosticati*100; <u>Stomaco</u> : N. casi discussi al GIC entro 22 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>Retto</u> : N. casi discussi al GIC entro 25 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>Colon</u> : N. casi discussi al GIC entro 20 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; 6) N. pazienti oncologici indirizzati al CAS/n. totale pazienti oncologici trattati in elezione*100	1) entro 30/06/2017; 2) entro 30/09/2017; 3,4) entro 31/12/2017; 5) 80%; 6) 100%;	Chirurgia, Oncologia, GoCSS	1,2) relazione; 3) PDTA	10



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

65  
31 MAR 2017

\*

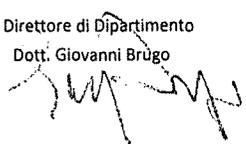
09 31 MAR. 2017

Obiettivi di Appropriazione e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Precisione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >= 90% 2) <= anno 2016	Chirurgia, ortopedia, urologia, oncologia	report F.O.	20
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione (metodologia audit clinico)	1) Individuare una procedura/intervento nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostaemtno dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	20

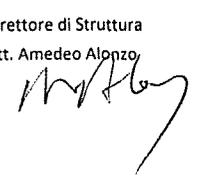
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017 > 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	10
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	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. Amedeo Alonzo



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simenetta 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; 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCSS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Amedeo Alonzo



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

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 2017 2) consumo di dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reperti di degenza e DH	Report FO; Report Controllo di Gestione	15
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS valutando sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di ospedalizzazione	1) aggiornare il PDTA relativo alla frattura di femore; 2) n° fratture di femore operate entro le 48h/totale delle fratture da operare * 100	1) PDTA predisposto secondo il format aziendale, entro il 31/10/2017; 2) > 70%	1) e 2) sc Ortopedia e Traumatologia; sc. Anestesia e Rianimazione	report	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) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a partire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
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
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Revisione del PDTA per l'intervento di artroprotesi d'anca redatto nel 2008	1) PDTA revisionato; 2) avvio applicazione PDTA;	1) entro il 30/09/2017; 2) al 01/10/2017;	S.C. Ortopedia e Traumatologia, la S.S.V.D. Recupero e Riabilitazione Funzionale; S.C. Anestesia e Rianimazione, S.C. Cardiologia etc.; S.C. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti, S.C. Radiologia, S.C. Farmacia Ospedaliera, DMPO, GoCSS	PDTA; report indicatori	10
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo EBPM per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >= 90% 2) <= anno 2016	Chirurgia, ortopedia, urologia, oncologia	report F.O.	10
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione (metodologia utilizzata audit clinico)	1) individuare una procedura/intervento nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	15



Handwritten signatures and initials, including a large 'S' and other illegible marks.

65 31 MAR 2017

\*

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 Infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017> 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	10
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10

(\* obiettivo prestazionale di cui all'art. 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 Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Sironetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

65

3 MAR 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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

65

3 MAR. 2017



IL DIRETTORE  
 Dott. Giovanni Brugo

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.c. Urologia	DIRETTORE: dott. Giorgio Monesi	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati 2) RACCOMANDAZIONE 17: 2a) scheda raccomandazione 17 applicata; 2b) n. schede applicate/totali dei ricoveri * 100	1) 100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura 2a) a partire dal 01/07/2017; 2b) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totali agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	*

0

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Precisione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >= 90% 2) <= anno 2016	Chirurgia, ortopedia, urologia, oncologia	report F.O.	20
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	10
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) sviluppo attività GIC aziendali: tumori urologici 2) Monitoraggio degli indicatori della Rete Oncologica: <u>tumori vescica</u> : N. casi discussi al GIC entro 25 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>tumori rene</u> N. casi discussi al GIC entro 15 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>tumori prostata</u> : N. casi discussi al GIC entro 28 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100 3) n. pz indirizzati al CAS/n. totale pazienti oncologici trattati in elezione*100	1) entro 31/12/2017; 2) 80%; 3) 100%;	Urologia, Oncologia, GoCSS	1,2) relazione; 3) PDTA	20



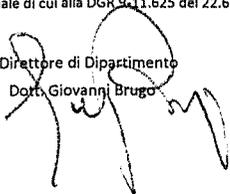
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

65 31 MAR 2017

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017> 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	20
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	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



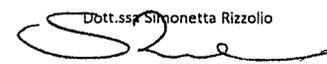
Il Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Monesi



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



65  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riiepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Giorgio Monesi



65  
3  
M.M.P. 2017

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

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	25
Attuare per le parti di competenza il Programma di gestione del rischio predisposto dall'UGR, ed in particolare il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2016 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a aprire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	15
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	15

Obiettivi di Appropriata e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) scegliere un quadro patologico (o una procedura/intervento) nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	10
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di agenti anti-neovascolarizzazione, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	Costo per paziente anno 2017/ costo per paziente anno 2016	<=2016	Oculistica	Report Farmacia Ospedaliera	25

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017 > 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	10
Revisione del PDTA per la terapia intravitreale delle patologie retiniche	PDTA rivisto secondo format aziendale	entro il 31/12/2017	Oculistica	PDTA	*

(\*) 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. Vito Belloli

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Isabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simionetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

65  
3  
2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a Incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verballi incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione al medesimo	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRETTORE  
Dott. Vito Belloni



65  
31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa. Laura Broglio	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	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 2017	PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati	100% Indicatori dei progetti assegnati alla struttura	tutte le strutture ospedaliere	report DMPO	15

Obiettivi di Appropriata e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di: a) molecola infliximab; b) anticorpi TNFalfa, migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Percentuale di prescrizione di infliximab aggiudicata in gara regionale/totale di infliximab 2) Spesa per le molecole etanercept ed infliximab/totale della spesa degli anticorpi TNF alfa appartenenti al gruppo L04AB	1) >= 96% 2) >= 75%	Gastroenterologia	report F.O.	15
Programmazione delle attività della SSD Gastroenterologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del colon retto in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016.	Indicatori per attività relativa ai test di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto del Piano Attività Annuale 2017 elaborato da Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico (DGR 27-3570 del 15 gennaio 2017)	Standard per attività relativa ai test di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto del Piano Attività Annuale 2017 (Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico)	Gastroenterologia UVOS	report	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
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) partecipare ai GIC di competenza: GIC a cui si è partecipato / totale GIC di pertinenza * 100 2) implementare PDTA oncologici: Revisione del PDTA per il trattamento del paziente portatore di polipi (precursori neoplastici) del colon-retto sporadici 3) Monitorare indicatori della Rete Oncologica: Stomaco N. casi discussi al GIC entro 22 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; Retto N. casi discussi al GIC entro 25 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; Colon N. casi discussi al GIC entro 20 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; 4) N. pazienti oncologici indirizzati al CAS/n. totale pazienti oncologici trattati in elezione*100	1) 90% 2) entro 30/09/2017; 3) 80%; 4) 100%;	Chirurgia, Oncologia, GoCSS	1,2) relazione; 3) PDTA	*

(\*) 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 Dirigente responsabile  
Dott.ssa Laura Broglio

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

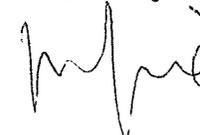


65  
31 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla s.s.d. Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dott.ssa Laura Broglio



65311497.2017



STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott.ssa Marilena Bellotti	

65

3 MAR 2017 \*

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	15
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	
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	15

Obiettivi di Appropriately e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare l'appropriately prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (antipertensivi, vit D), attraverso: a) coordinamento dei gdi interaziendali; b) stesura del documento; c) divulgazione del documento	Documento sintetico sulle linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di Vitamina D	elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	documento	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 2017	PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati	100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura	strutture ospedaliere	report	15

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Revisione/implementazione del percorso del paziente disfacio alla luce delle criticità evidenziate nel 2016	PDTA del paziente disfacio in ambito ospedaliero contestualizzato nella realtà territoriale	redatto secondo il format aziendale entro il 31/12/2017	ORL, RRF, GoCSS	PDTA	20
Revisione del PDTA per l'intervento di artroprotesi d'anca ai sensi della DGR del 7.11.2016	1) PDTA revisionato; 2) avvio applicazione PDTA;	1) entro il 30/09/2017; 2) al 01/10/2017;	S.C. Ortopedia e Traumatologia, la S.S.V.D. Recupero e Rieducazione Funzionale; S.C. Anestesia e Rianimazione, S.C. Cardiologia etc.; S.C. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti, S.C. Radiologia, S.C. Farmacia Ospedaliera, DMPO, GoCSS	PDTA; report indicatori	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. Giovanni Brugo

Il Dirigente responsabile  
Dott. ssa Marilena Bellotti

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



*Marilena Bellotti*

*Arabella Fontana*

*Simonetta Rizzolio*

*Adriano Giacometto*

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per Inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. ssa Marilena Bellotti



65 31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIRETTORE: dott. Giovanni Brugo	100
STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria	DIRIGENTE RESPONSABILE : dott. Ruggero Guglielmetti	

Obiettivi Economici di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	20
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) Attivare GIC aziendali: tumori della tiroide 2) Istituire GIC interaziendale ASL NO – VCO tumori della testa e del collo 3) Implementare PDTA oncologici Aggiornamento/revisione dei PDTA per i tumori della tiroide; 4) Monitorare indicatori della Rete Oncologica: <u>Tiroide</u> : a) N. casi discussi al GIC entro 60 gg (per pz con GIC post-chirurgico)dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; b) N. casi discussi al GIC entro 15 gg (per pz con GIC non determinato dalla chirurgia) dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; <u>Testa-collo</u> : N. casi discussi al GIC entro 28 gg dalla visita CAS/n. casi diagnosticati*100; 5) N. pazienti oncologici indirizzati al CAS/n. totale pazienti oncologici trattati in elezione*100	1) entro 30/06/2017; 2) entro 30/09/2017; 3) entro 31/12/2017; 4) 80%; 5) 100%	ORL, Oncologia, GoCSS	1,2) relazione; 3) PDTA	*

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione (metodologia utilizzata audit clinico)	1) Individuare una procedura/intervento nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	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) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a partire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	20



AR 2 s U \*

65

21 MAR 2017

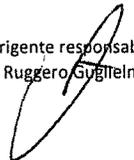
Obiettivo di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017 > 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	20
Revisione/implementazione del percorso del paziente disfagico alla luce delle criticità evidenziate nel 2016	PDTA del paziente disfagico in ambito ospedaliero contestualizzato nella realtà territoriale	redatto secondo il format aziendale entro il 31/12/2017	ORL, RRF, GoCSS	PDTA	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. Giovanni Brugo



Il Dirigente responsabile  
Dott. Ruggero Guglielmetti



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simona Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti




65  
31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

65

31 MAR. 2017



Il DIRIGENTE RESPONSABILE  
Dot. Ruggero Guglielmetti

STRUTTURA: DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		100
STRUTTURA: s.c. Pediatria	DIRETTORE: dott. Oscar Nis Haitink	

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 2017; 2) Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reperti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	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) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a partire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	15
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	15

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Promozione dell'utilizzo corretto degli antibiotici in ambito pediatrico	1) stesura indicazioni di uso appropriato di antibiotici nella pratica clinica in accordo con PLS 2) re-audit	1) entro il 30/09/2017; 2) nel quarto trimestre 2017	Farmacia Territoriale; Farmacia Ospedaliera; Peidiatria, PLS: GoCSS	1) documento con indicazioni; 2) relazione audit	*

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Predisporre la predisposizione ed applicazione di Istruzioni operative per l'esecuzione di esami cistouretragrafia minzionale nei lattanti	Istruzioni operative predisposte brochure informativa	entro il 31/12/2017	SC Pediatria, SC Radiologia	Istruzioni operative	10
Promuovere il consumo di alimenti sani in ambito scolastico in collaborazione con il SIAN e la Pediatria dell'ASL NO	Azioni di promozione della salute effettuate nel corso dell'anno	almeno un'iniziativa congiunta (SIAN, Pediatria, Nefrologia), per docenti e studenti, inserita nella banca dati ProSa	Nefrologia, Pediatria, SIAN	Materiale didattico utilizzato/relazione	20
Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 grammi non correlata a malattia congenita (raccomandazione 16)	Procedura predisposta secondo il format aziendale	entro il 31.12.2017	s.c. Pediatria, s.c. Ostetricia e Ginecologia	Procedura	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 Struttura  
Dott. Oscar Nis Haitink

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizziolo

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo facsimile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE  
Dott. Oscar Nils Haitink

STRUTTURA: DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		100
STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia	DIRETTORE: dott. Giovanni Ruspa	

65

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Governare la spesa farmaceutica e il consumo dei dispositivi medici	Consumo di prodotti farmaceutici e dispositivi medici/produzione	<= 2016	Strutture aziendali	Report Controllo di Gestione	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 2017 e l'applicazione della raccomandazione 17	1) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a aprtire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	10
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	*
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS valutando sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di ospedalizzazione,	1) Istruzione operativa per Identificazione dei criteri per l'assegnazione del codice colore per definire criteri di priorità del parto cesareo; 2) audit clinico per verificare l'applicazione criteri per assegnazione codice per indicazione a taglio cesareo 3) n° parti cesarei primari/totale dei parti con nessun pregresso cesareo * 100	1) entro il 31/05/2017; 2) entro il 31/10/2017; 3) mantenimento/miglioramento risultato PNE 2016	Ostetricia e ginecologia	1) istruzione operativa 2) relazione su audit; 3) report	10
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) Attivare GIC interaziendali: tumori utero e ovaio. 2) Partecipazione a GIC interaziendale ASL NO – AOU tumori utero e ovaio; 3) Implementazione PDTA oncologici; 4) N. pazienti oncologici indirizzati al CAS/n. totale pazienti oncologici trattati in elezione*100	1) entro 30/06/2017; 2) partecipazione nel 90% dei GIC 3) entro 31/12/2017;; 4) 100%	Ginecologia, Oncologia, GoCSS	1,) relazione; 2,3) verbali GIC 3) PDTA o relazione report; 4,5)	10

3 MAR 2017

\*

*AR G S H*



Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione (metodologia utilizzata audit clinico)	1) Individuare una procedura/intervento nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	10
Implementare la procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Programmazione delle attività della SC Ostetricia e Ginecologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016.	Indicatori per attività relativa ai test di screening di secondo livello per la prevenzione del tumore del collo dell'utero del Piano Attività Annuale 2017 elaborato da Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico (DGR 27-3570 del 15 gennaio 2017)	Standard per attività relativa ai test di screening di secondo livello per la prevenzione del tumore del collo dell'utero del Piano Attività Annuale 2017 (Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico)	Ostetricia e Ginecologia, UVOS, Gastroenterologia, Radiologia	report	10
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di EBPM (eparine basso peso molecolare), migliore selezione del farmaco e recupero di economie	1) Prescrizione in ricovero ed in dimissione di parnaparina/ prescrizione totale di eparine a basso peso molecolare 2) Costo EBPM per DDD anno 2017/ costo DDD anno 2016	1) >o = 90% 2) <o = anno 2016	Ostetricia e ginecologia	report F.O.	10

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Revisione del Percorso Nascita secondo le direttive regionali (in via di definizione)	Percorso nascita aggiornato	entro il 31/12/2017	NPI (Consulenti) Ostetricia e Ginecologia, Pediatria	Percorso e proposta di delibera	5
Percorso Prericovero Ostetrico predisposto con Anestesiisti, Pediatri e SS prericovero chirurgico	Percorso predisposto ed applicato	entro il 31/12/2017	Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione		10
Implementare la revisione organizzativa delle sedute operatorie e le azioni correttive identificate in modo da aumentare la disponibilità di ore di sala per specialità nel P.O. di Borgomanero nell'anno in corso	1) partecipazione al corso riguardante l'attività del Blocco Operatorio dal titolo "Lo strumento dell'audit nella riorganizzazione dell'attività del Blocco Operatorio"; 2) piano di utilizzo delle sale operatorie per specialità	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2a) piano condiviso con le Strutture che lavorano nel B.O. e validato da DMPO; 2b) ore sala per specialità utilizzate nel 2017 > 2016	Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia, Anestesia Chirurgia, Nefrologia, Blocco Operatorio, DMPO	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) piano sale operatorie (programmazione e rendicontazione)	10

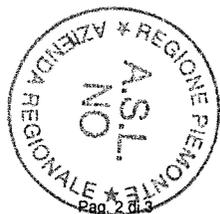
(\* obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti



65  
31 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo facsimile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbal incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE

Dott. Giovanni Ruspa



65

65  
31 MAR. 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		80
STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile	DIRETTORE F.F.: dott.ssa Renata Brigatti	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100% secondo le indicazioni regionali 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	20
Attivare le iniziative promosse dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL Novara n. 495 del 30/12/2016 avente come oggetto: "Attività del Tavolo interistituzionale ed interdistrettuale previsto nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) della ASL NO: procedure per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari da parte di soggetti fragili condivise nel 2016".	incontri microequipe per pazienti di età di confine con patologie gravi o emergenti effettuate	almeno 1 a trimestre	DSM, NPI	verbali	20

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Percorso di presa in carico del paziente in età evolutiva in collaborazione con la SSD di Psicologia	1) Formulazione del percorso di presa in carico al 30/10/2017; 2) Incontri congiunti NPI/Psicologia	1) percorso predisposto entro il 31/10/2017; 2) almeno 4	NPI, Psicologia	1) Percorso; 2) verbali	20
Valutazione del progetto sperimentale di presa in carico dei pazienti con disturbi del linguaggio da parte di un centro accreditato, sia per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa che per quanto concerne la qualità percepita degli utenti (genitori) inviati	1) tempi di attesa per questa patologia, nell'area sud; 2) individuazione dello strumento di rilevazione della qualità percepita 3) avvio della valutazione	1) < rispetto al 2016; 2) entro il 31/05/2017 3) dal 01/06/2017	NPI GoCSS	1) report tempi di attesa; 2) questionario; 3) report valutazione qualità percepita	20

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Formulazione e realizzazione di un progetto di impiego dei fondi regionali per i disturbi dello spettro autistico incentrato sulla implementazione dell'offerta riabilitativa, ai sensi della DGR 2-4286 del 29/11/2016	1) Formulazione del progetto sui disturbi dello spettro autistico; 2) aggiornamento del gruppo di lavoro; 3) realizzazione del progetto	1) entro il 30/04/2017 predisposto ed inviato in Regione; 2) entro il 30/04/2017; 3) secondo le tempistiche previste nel cronoprogramma del progetto	NPI	1) progetto e nota di invio alla Regione; 2) Proposta di delibera del Gruppo di lavoro; 3) relazione al 31/12/2017	*

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

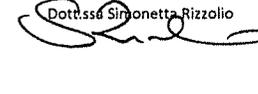
Il Direttore FF di Struttura  
Dott.ssa Renata Brigatti



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



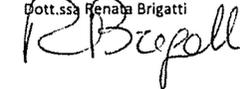
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometti




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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbal incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile, stesso con controfirma ppv 3) n. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL5; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocazioni 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 F.F.

Dott.ssa Renata Brigatti


65  
31 MAR. 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		100
STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile - ss Consultori	DIRETTORE F.F.: dott.ssa Renata Brigatti	

65

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Riorganizzazione della rete consultoriale afferente all'ASL NO	1) Piano di riordino della rete consultoriale 2) Attuazione della riorganizzazione della rete consultoriale	1) stesura ed approvazione da parte DG entro marzo 2017; 2) entro giugno 2017 (chiusura sedi); entro dicembre 2017 (revisione almeno 2 percorsi)	Consultori	Report a cura della SS Consultori	

Obiettivi di Appropriatazza e 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, con applicazione procedura segnalazione eventi sentinella	n. eventi sentinella trattati secondo procedura aziendale/totale eventi sentinella occorsi nell'anno	100%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Collaborare all'aggiornamento della procedura aziendale relativa all'emergenza territoriale presso le strutture territoriali sanitarie e assistenziali	aggiornamento procedura aziendale	entro il 31/12/2017	MC, Medicina, DMPO, DiPSA, Farmacia Ospedaliera, Distretti, DSM, DPD, DP, NPI, Consultori, Cure domiciliari, Cure palliative	Procedura	30
Revisione del Percorso Nascita secondo le direttive regionali (in via di definizione)	Percorso nascita rivisto	entro il 31/12/2017	NPI (Consultori) Ostetricia e Ginecologia; Pediatria	Percorso e proposta di delibera	40

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

Il Direttore FF di Struttura  
Dott.ssa Renata Brigatti



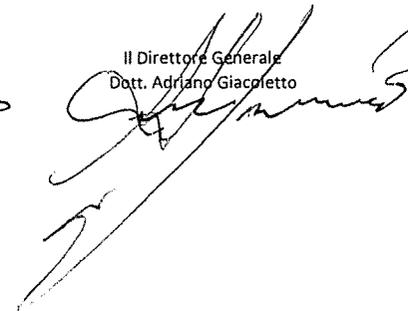
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA	DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina
-------------------------------	-------------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Coordinare, promuovere e monitorare la realizzazione degli obiettivi trasversali alle strutture	Incontri di Dipartimento	almeno 4 all'anno	tutte le strutture del Dipartimento	verbali

Obiettivi di Appropriatezza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Promuovere nelle strutture del Dipartimento le azioni previste dal programma operativo aziendale per il governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali e monitorarne l'attuazione, intervenendo - se necessario - con azioni correttive	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100 (totale strutture dipartimento); 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso (sintesi di dipartimento) 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 4) tempi di attesa (sintesi di dipartimento)	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni, nonché dell'Assemblea di Dipartimento e relativa Rappresentanza; 2) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) entro il 30/09/2017; 2) entro il 31/12/2017	tutte le strutture del Dipartimento	1) verbali riunioni; 2) relazione; 3) relazione

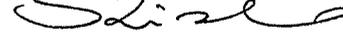
Il Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Silvia Cristina



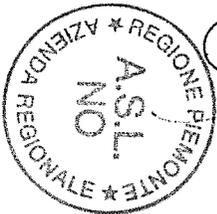
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Cristina Silvia	100
STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti	DIRETTORE: dott. Giovanni Camisasca	

65  
31 MAR. 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017 (tenuto conto del saldo tra costi e ricavi)	<= Budget assegnato 2017 pari a € 127.985,00	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	15
Governare la spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici.	Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Controllo di Gestione	15
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	spedizione messo raccomandata di invito al pagamento del ticket o inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate/totali pagamenti da esigere*100	100% di quelli di competenza anno 2015-2016 entro il 30/06/2017	AILCAT, Distretti, Servizio Ispettivo, DMPO	relazione	5

Obiettivi di Appropriata Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Piena attuazione del progetto di Patient Blood Management in collaborazione con tutte le strutture aziendali già individuate per la fase di startup nel 2016	Pazienti trattati/totale dei pazienti candidabili al PDTA Patient Blood Management	>= 70%	CPVE, STRUTTOSPEDALIERE INTERESSATEURE	REPORT cpve	25
Aggiornamento delle procedure interne e verifica del loro allineamento con i requisiti di Accreditazione e con il DM 2 Novembre 2015	procedure aggiornate/procedure aggiornare	>=90%	CPVE, Laboratorio, SIMT	Procedure	*
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	PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati	100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura	CPVE, Laboratorio	report	5

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Revisione delle procedure relative ai processi del CPVE in accordo con il DM 02/11/2015 secondo i requisiti di accreditamento al fine di confermare il medesimo alla prossima Verifica del 2017	Mantenimento dell'Accreditamento Istituzionale	secondo le tempistiche regionale	CPVE	Verbale accreditamento	15
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 2) acquisizione risorse necessarie (attrezzature, personale medico e tecnico) 3) avvio lavorazione unità emocomponenti	1) entro 30/06/2017 condiviso in Cabina di regia con Direzioni Sanitarie Aziendali 2,3) secondo cronoprogramma e comunque entro 31/12/2017 (anche in rapporto all'avvio del laboratorio Grande	CPVE	1) cronoprogramma; 2,3) relazione	20

Il Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Cristina Silvia



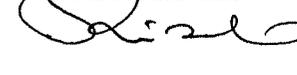
Il Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. Giovanni Camisasca

65

31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina	100
STRUTTURA: s.c. Anatomia e Istologia Patologica	DIRETTORE: dott.ssa Silvia Cristina	

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.	Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Controllo di Gestione	25
Promuovere il processo di dematerializzazione delle ricette attraverso l'allineamento dei codici delle prestazioni al catalogo regionale	allineamento al catalogo regionale	entro il 31/12/2017	Anatomia Patologica	Sintetica relazione	25

Obiettivi di Appropriatazza 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) n° GIC interaziendali a cui si è partecipato/totale dei GIC convocati * 100; 2) indicatori di monitoraggio per singola patologia (indicatori definiti dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta); 3) coordinare il GIC dermatologico, aggiornare il PDTA tumori cute	1) 90% 2) standard definiti dalla rete; 3) PDTA aggiornato entro il 31/12/2017 e GIC coordinati	Anatomia Patologica e strutture coinvolte nella Rete Oncologica	1,2) relazione; 3) PDTA	*
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 2017	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	Report DMPO/DIPSA e ICA 2017	25

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Ottemperare alla DGR 27-3570 di Riordino dello Screening per la parte di competenza del Centro Unificato del Piemonte Orientale	1) Partecipazione agli incontri organizzativi definiti dal Gruppo di progetto delle Aziende del Programma 5 in merito all'attuazione della DGR 3570 per le parti di competenza del Centro Unico del Piemonte Orientale/totale degli incontri; 2) Stesura cronoprogramma 3) realizzazione 1° fase del progetto presentato 4) realizzazione della 2° fase entro i termini stabiliti dalla DGR 3570	1) > 90% delle riunioni; 2) condiviso con responsabile del programma 5, presentato al Vertice Aziendale entro 30/06/2017 3) entro 30/09/2017 4) entro 31/12/2017	Anatomia Patologica, UVOS	1) Verbali; 2) cronoprogramma; 3,4) relazione; 4) report	25

(\* 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.ssa Silvia Cristina



Il Direttore di Struttura  
Dott.ssa Silvia Cristina



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 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 all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocazioni 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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRETTORE

Dott.ssa Silvia Cristina



65

31 MAR. 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Cristina Silvia	100
STRUTTURA: s.c. Radiologia	DIRETTORE: dott. Giuseppe Sessa	

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.	Consumo dispositivi medici 2016	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	10
Recupero ticket da prestazioni ambulatoriali	Spedizione mezzo raccomandata di invito al pagamento del ticket/inserimento in Equitalia o altra agenzia di recupero crediti non versato effettuate / totale pagamenti da esigere	100% anni 2015-2016 entro il 30/06/2017	AICAT, Distretti, Servizio Ispettivo, Radiologia	relazione	10
Dare attuazione alle azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	20
Adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 relativa alla Rete Oncologica	1) n. GIC aziendali ed interaziendali a cui si è partecipato/totale GIC convocati*100 2) coordinare il GIC di competenza 3) PDTA oncologici con agende dedicate/PDTA oncologici*100	1) 90% 2) GIC coordinati nel corso del 2017 3) 100%	strutture coinvolte nella rete oncologica	1) verbali 2) relazione 3) relazione	20
Programmazione delle attività della SC Radiodiagnostica in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening mammografico in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016.	Indicatori per attività mammografica del Piano Attività Annuale 2017 elaborato da Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico (DGR 27-3570 del 15 gennaio 2017)	Standard per attività mammografica del Piano Attività Annuale 2017 (Gruppo Progetto 5 per lo Screening Oncologico)	Radiodiagnostica, UVOS	report	20

Obiettivi di Approprietezza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Effettuare un Audit clinico Angio-TC per l'attuazione della fibrinolisi intravenosa	1) realizzazione audit; 2) realizzazione delle azioni di miglioramento	1) entro il 30/09/2017; 2) entro il 31/12/2017	Radiologia, GoCSS	relazione	15
Partecipare alla predisposizione ed applicazione di istruzioni operative per l'esecuzione di esami cistouretragrafia minzionale nei lattanti	Istruzioni operative predisposte	entro il 31/12/2017	SC Pediatría, SC Radiologia	Istruzioni operative	15

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementare il PDTA per l'esecuzione della trombolisi endovenosa in caso di Stroke	N. pz. Trattati/N. pz. candidabili	>=75%	S.C. MECAU S.C. Neurologia S.S Rianimazione S.C. Cardiologia, SC Radiologia	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 Dipartimento

Dott.ssa Cristina Silvia

Il Direttore di Struttura

Dott. Giuseppe Sessa

Il Direttore Sanitario

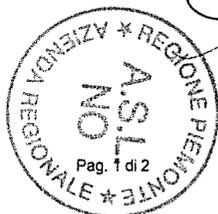
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Simionetta Rizzollo

Il Direttore Generale

Dott. Adriano Giacomello



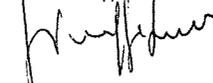
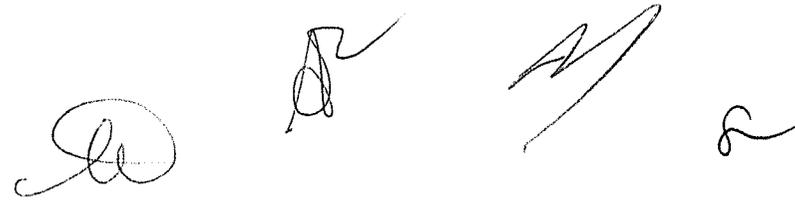
05 MAR 2017

65 3 MAR 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verball incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLIS; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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. Giuseppe Sessa


STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Cristina Silvia	100
STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale	DIRETTORE: dott.ssa Laura Poggi	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 61.393.000,00 (riodotto del 3% rispetto utilizzato anno 2016), con rivalutazione al 30.6.2017	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione	30
Perseguire gli obiettivi di governo dell'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata, in adempimento agli indirizzi regionali	Predisposizione della reportistica di monitoraggio degli indicatori regionali per la Direzione Generale e i Distretti	almeno mensile	FT, Distretti	1) Report Controllo di Gestione; 2) Report mensili	

Obiettivi di Appropriata e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promozione dell'utilizzo corretto degli antibiotici in ambito pediatrico e nell'età adulta	1) Diminuzione del consumo di antibiotici espresso in DDD 2) diminuzione della % di antibiotici beta lattamici in associazione sul totale degli antibiotici beta lattamici	1,2) < 2016	Farmacia Territoriale; Farmacia Ospedaliera; PLS: GoCSS	report	20
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi MMG 2017: Art. 17AIR - Governo clinico: Appropriata prescrizione farmaceutica, attraverso: a) il coordinamento degli audit organizzativi; b) predisposizione e diffusione dei report di monitoraggio; c) partecipazione e promozione delle attività formative; d) applicazione della Raccomandazione 17 (riconciliazione)	1) audit formativi avviati/totale audit concordati*100; 2) report con indicatori definiti negli Accordi Contrattuali 2017; 3) partecipazione ai corsi anche in qualità di formatore; 4) definire in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera la scheda per la riconciliazione da utilizzare da parte dei MMG/PL	1) 100% 2) report trimestrale divulgato a DG, distretti, MMG, DMPO, CFI; 3) 100% dei corsi proposti; 4) entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale - Distretti - DMPO - Prescrittori aziendali ed extraaziendali, Farmacia Ospedaliera	Report	30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale (antipertensivi, vit D), attraverso: a) coordinamento dei gdl interaziendali; b) stesura del documento; c) divulgazione del documento	1) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa; 2) Documento sintetico sulle linee di indirizzo per la prescrizione appropriata di Vitamina D	1) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 31/05/2017; 2) elaborato dal gruppo di lavoro interaziendale ASL NO - AOU (specialisti ed MMG), approvato da Comitato Aziendale MMG e divulgato a tutti i prescrittori ASL NO e AOU entro il 30/06/2017	s.c. Farmacia Territoriale/ Farmacia Ospedaliera - Distretti - Prescrittori aziendali ed extraaziendali	1,2) documento	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.ssa Cristina Silvia

Il Direttore di Struttura  
Dott.ssa Laura Poggi

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

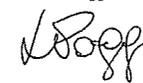
*[Signature]*

*[Signature]*

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 Inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell' emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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.ssa Laura Poggi








65

31 MAR. 2017



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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCSS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCSS con indicazione nominativi; 3) 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) 100%; 3) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (Internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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.ssa Lorenzana Donetti



65

31 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Cristina Silvia	100
STRUTTURA: s.s.d. Allergologia	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Renato Cantone	

65

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.	Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	30

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	
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 2017	PROGRAMMA ICA: indicatori previsti nei progetti assegnati	100% indicatori dei progetti assegnati alla struttura	tutte le strutture ospedaliere	report DMPO	30

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Migliorare l'accessibilità al servizio per l'utenza: revisione /aggiornamento di un percorso organizzativo	1) scelta del percorso organizzativo e revisione del percorso scelto; 2) applicazione del percorso	1) proposta alla DMPO per validazione entro il 30/04/2017; 2) applicazione del nuovo percorso dopo validazione	DMPO, allergologia	1) proposta inviata alla DMPO; 2) sintetica relazione sull'applicazione del percorso	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.ssa Cristina Silvia



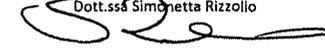
Il Dirigente responsabile  
Dott. Renato Cantone



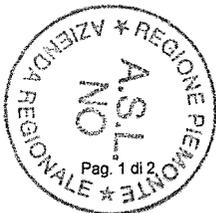
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzollo



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Gioiello

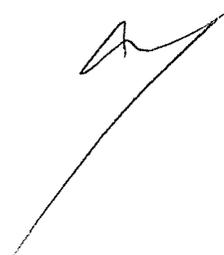



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazioni nominativi; 3) verbali
		FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"): n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico
	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 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. Renato Cantone





65  
3  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

STRUTTURA: DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIRETTORE: dott.ssa Cristina Silvia	100
STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia	DIRIGENTE RESPONSABILE dott. Marco Buschini	

65

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.	Consumo dispositivi medici 2017	<= 2016 a parità di produzione	Reparti degenza e DH s.c. Farmacia Ospedaliera	Report Farmacia; report Controllo di Gestione	25
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 2) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	

3 MAR. 2017

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta	Percentuale di prescrizione di insulina glargine (ATC: A10AE04) aggiudicata in gara regionale/totale delle insuline ad azione lenta	>= 80%	Diabetologia,	report Farmacia Ospedaliera	25
Implementare PDTA per Diabete Mellito tipo II presso le Case della Salute (CAP, Antenne di Ghemme e Oleggio e nuove sperimentazioni In ASL NO)	PDTA Diabete Mellito tipo II: aggiornato ed attuato presso le Case della Salute	revisione e attuazione del PDTA Diabete Mellito tipo II presso le Case della Salute a partire dal II semestre	diabetologia, DMPO, Distretto, CAP	Verbali; PDTA	25

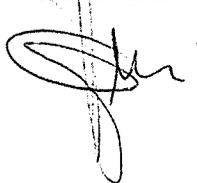
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Partecipare alla riorganizzazione della Rete Endocrino-Diabetologica prevista dalla DGR n. 27-4072 del 17/10/2016, secondo il cronoprogramma stabilito	azioni realizzate /azioni programmate	almeno 90%, secondo cronoprogramma	SC Diabetologia	Relazione	25

(\*) 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.ssa Cristina Silvia



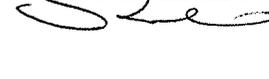
Il Dirigente responsabile  
Dott. Marco Buschini



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento); 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione Interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)		Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza	Report esito verifica predefiniti
		Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report triepilogativo azioni PO

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dott. Marco Buschini

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE: dott. Domenico Nano
-----------------------------	--------------------------------

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2017	Budget utilizzato 2017	<= Budget assegnato 2017 pari a € 3.451.000	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Promuovere nelle strutture del Dipartimento le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali e monitorarne l'attuazione, intervenendo - se necessario - con azioni correttive	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100 (totale strutture dipartimento); 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso (sintesi di dipartimento) 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione) (sintesi di dipartimento); 4) tempi di attesa (sintesi di dipartimento)	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) incontri di Dipartimento; 2) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni, nonché dell'Assemblea di Dipartimento e relativa Rappresentanza; 3) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) almeno 4 all'anno; 2) entro il 30/09/2017; 3) entro il 31/12/2017	tutte le strutture del Dipartimento	1) verbali riunioni; 2) relazione; 3) relazione



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Domenico Nano

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto

STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE: dott. Domenico Nano	100
STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord	Dirigente Responsabile: dott. Giorgio Castignoli	

65

31 MAR 2017

Obiettivi Economici ed Attivi					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relativa a: accreditamento strutture residenziali, autismo, disturbi di personalità, trattamento sanitario obbligatorio, ospedali psichiatrici giudiziari.	1) incontri promossi dall'Assessorato Sanità Regione Piemonte a cui non si è partecipato/totale incontri * 100;; 2) predisposizione piano degli adempimenti per ogni area; 3) azioni effettuate con le modalità e i tempi previsti negli incontri regionali/totale delle azioni definite*100	1) < 2 incontri non giustificati; 2) entro 30/04/2017 e aggiornamenti secondo indirizzi regionali 3) > 95%	DSM	1) verbali incontri; 2) piano; 3) relazione che dettagli ogni singolo argomento	30
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINP; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINP	10

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie nei pazienti con prima prescrizione	Percentuale di prescrizione di molecola aggiudicata in gara regionale a minor costo /totale di formulazioni IM long acting ad alto costo	> o = 70% salvo motivate giustificazioni	DSM	Report F.O.	10
Monitoraggio sistematico della salute fisica del paziente in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzatori dell'umore	Scheda in cartella clinica con parametri da monitorare compilata	80% cartelle cliniche dei pazienti in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzanti dell'umore	DSM	Relazione	*



Handwritten signatures and initials: a large 'R', a signature 'G', a signature 'R', and initials 'AM'.

Obiettivi di Performance e Sviluppo					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità.	1) predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accreditamento; 2) applicazione delle nuove modalità	1,2) secondo il cronoprogramma regionale	DSM	Relazione	20
Attivare le iniziative promosse dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL Novara n. 495 del 30/12/2016 avente come oggetto: "Attività del Tavolo interistituzionale ed interdistrettuale previsto nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) della ASL NO: procedure per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari da parte di soggetti fragili condivise nel 2016".	1) Riunioni effettuate Tavolo di Governance nell'anno; 2) attività gestite secondo il protocollo/totale delle attività da gestire*100; 3) incontri microequipe per pazienti di età di confine con patologie gravi o emergenti effettuate	1) almeno 1 semestrale, corredata di specifico verbale; 2) 100%; 3) almeno 1 a trimestre	DSM, DPD, NPI	1) verbali; 2) relazione; 3) verbali	20
Promuovere un migliore stile di vita dei pazienti schizofrenici in terapia con antipsicotici, con particolare riferimento alla corretta alimentazione e alla promozione dell'attività fisica	1) definizione del gruppo di lavoro; 2) definizione e condivisione del percorso di gestione e presa in carico dei pazienti; 3) n. incontri con medico SIAN, operatori del DSM e pazienti; 4) pazienti presi in carico/totale dei pazienti inviati * 100	1) entro il 30/04/2017; 2) entro il 30/06/2017; 3) almeno 2 all'anno; 4) >=95%	Psichiatria Area Sud, SIAN	1) gruppo di lavoro; 2) percorso; 3) relazione; 4) report Psichiatria	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



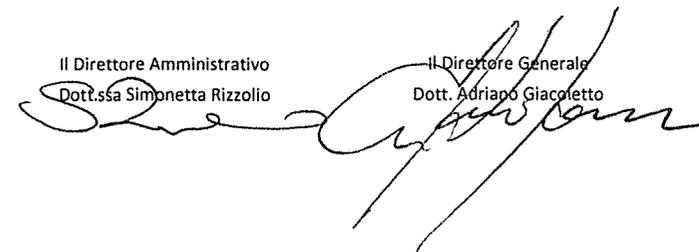
Il Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Castignoli



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



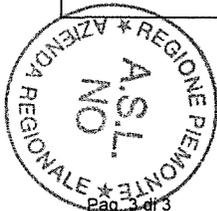
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto



65

31 MAR. 2017

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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRETTORE

Dott. Giorgio Castignoli

65

3 MAR 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE: dott. Domenico Nano	100
STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud	DIRETTORE: dott. Domenico Nano	

65

31 MAR 2017

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relativa a: accreditamento strutture residenziali, autismo, disturbi di personalità, trattamento sanitario obbligatorio, ospedali psichiatrici giudiziari.	1) incontri promossi dall'Assessorato Sanità Regione Piemonte a cui non si è partecipato/totale incontri * 100;; 2) predisposizione piano degli adempimenti per ogni area; 3) azioni effettuate con le modalità e i tempi previsti negli incontri regionali/totale delle azioni definite*100	1) < 2 incontri non giustificati; 2) entro 30/04/2017 e aggiornamenti secondo indirizzi regionali 3) > 95%	DSM	1) verbali incontri; 2) piano; 3) relazione che dettagli ogni singolo argomento	20
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	10

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie nei pazienti con prima prescrizione	Percentuale di prescrizione di molecola aggiudicata in gara regionale a minor costo /totale di formulazioni IM long acting ad alto costo	> o = 70% salvo motivate giustificazioni	DSM	Report F.O.	10
Monitoraggio sistematico della salute fisica del paziente in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzatori dell'umore	Scheda in cartella clinica con parametri da monitorare compilata	80% cartelle cliniche dei pazienti in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzanti dell'umore	DSM	Relazione	20



Handwritten signatures and initials, including a large stylized 'S' and a signature that appears to be 'RZ'.

Handwritten initials 'DM'.

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo

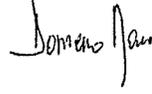
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 1517/2015 e s.m.i.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità.	1) predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accREDITAMENTO; 2) applicazione delle nuove modalità	1,2) secondo il cronoprogramma regionale	DSM	Relazione	20
Attivare le iniziative promosse dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL Novara n. 495 del 30/12/2016 avente come oggetto: "Attività del Tavolo interistituzionale ed interdistrettuale previsto nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) della ASL NO: procedure per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari da parte di soggetti fragili condivise nel 2016".	1) Riunioni effettuate Tavolo di Governance nell'anno; 2) attività gestite secondo il protocollo/totale delle attività da gestire*100; 3) incontri microequipe per pazienti di età di confine con patologie gravi o emergenti effettuate	1) almeno 1 semestrale, corredata di specifico verbale; 2) 100%; 3) almeno 1 a trimestre	DSM, DPD, NPI	1) verbali; 2) relazione; 3) verbali	20
Promuovere un migliore stile di vita dei pazienti schizofrenici in terapia con antipsicotici, con particolare riferimento alla corretta alimentazione e alla promozione dell'attività fisica	1) definizione del gruppo di lavoro; 2) definizione e condivisione del percorso di gestione e presa in carico dei pazienti; 3) n. incontri con medico SIAN, operatori del DSM e pazienti; 4) pazienti presi in carico/totale dei pazienti inviati * 100	1) entro il 30/04/2017; 2) entro il 30/06/2017; 3) almeno 2 all'anno; 4) >=95%	Psichiatria Area Sud, SIAN	1) gruppo di lavoro; 2) percorso; 3) relazione; 4) report Psichiatria	*

(\* ) 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



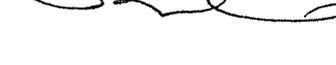
Il Direttore di Struttura  
Dott. Domenico Nano



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




65

31 MAR. 2017

\*

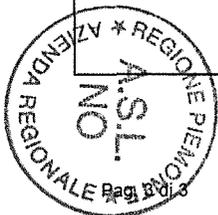
Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di 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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbalni incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoche 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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRETTORE

Dott. Domenico Nano



65 3 MAR 2017



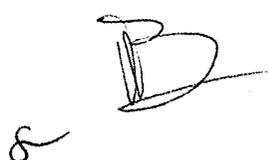
STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE: dott. Domenico Nano	100
STRUTTURA: s.s.d. Centro Salute Mentale Arona	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Ettore Quadro	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relativa a: accreditamento strutture residenziali, autismo, disturbi di personalità, trattamento sanitario obbligatorio, ospedali psichiatrici giudiziari.	1) incontri promossi dall'Assessorato Sanità Regione Piemonte a cui non si è partecipato/totale incontri * 100;; 2) predisposizione piano degli adempimenti per ogni area; 3) azioni effettuate con le modalità e i tempi previsti negli incontri regionali/totale delle azioni definite*100	1) < 2 incontri non giustificati; 2) entro 30/04/2017 e aggiornamenti secondo indirizzi regionali 3) > 95%	DSM	1) verbali incontri; 2) piano; 3) relazione che dettagli ogni singolo argomento	30
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	10

Obiettivi di Appropriata e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie nei pazienti con prima prescrizione	Percentuale di prescrizione di molecola aggiudicata in gara regionale a minor costo /totale di formulazioni IM long acting ad alto costo	> o = 70% salvo motivate giustificazioni	DSM	Report F.O.	10
Monitoraggio sistematico della salute fisica del paziente in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzatori dell'umore	Scheda in cartella clinica con parametri da monitorare compilata	80% cartelle cliniche dei pazienti in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzanti dell'umore	DSM	Relazione	*



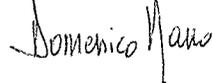


Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Dare adempimento alla DGR n. 29-3944 del 19 settembre 2016, ad oggetto "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 1517/2015 e s.m.i.", attuando il processo di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche di pertinenza dell'ASL NO e applicando le nuove modalità di gestione della residenzialità.	1) predisposizione e aggiornamento della documentazione di supporto per l'accreditamento; 2) applicazione delle nuove modalità	1,2) secondo il cronoprogramma regionale	DSM	Relazione	20
Attivare le iniziative promosse dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL Novara n. 495 del 30/12/2016 avente come oggetto: "Attività del Tavolo interistituzionale ed interdistrettuale previsto nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) della ASL NO: procedure per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari da parte di soggetti fragili condivise nel 2016".	1) Riunioni effettuate Tavolo di Governance nell'anno; 2) attività gestite secondo il protocollo/totale delle attività da gestire*100; 3) incontri microequipe per pazienti di età di confine con patologie gravi o emergenti effettuate	1) almeno 1 semestrale, corredata di specifico verbale; 2) 100%; 3) almeno 1 a trimestre	DSM, DPD, NPI	1) verbali; 2) relazione; 3) verbali	20
Promuovere un migliore stile di vita dei pazienti schizofrenici in terapia con antipsicotici, con particolare riferimento alla corretta alimentazione e alla promozione dell'attività fisica	1) definizione del gruppo di lavoro; 2) definizione e condivisione del percorso di gestione e presa in carico dei pazienti; 3) n. incontri con medico SIAN, operatori del DSM e pazienti; 4) pazienti presi in carico/totale dei pazienti inviati * 100	1) entro il 30/04/2017; 2) entro il 30/06/2017; 3) almeno 2 all'anno; 4) >=95%	Psichiatria Area Sud, SIAN	1) gruppo di lavoro; 2) percorso; 3) relazione; 4) report Psichiatria	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



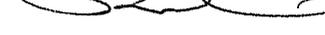
Il Dirigente responsabile  
Dott. Ettore Quadro



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



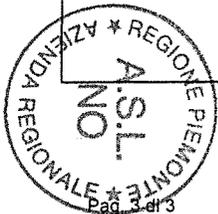
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto




Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/nota al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO



IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dott. Ettore Quadro

Handwritten signatures and initials: 'm', 's', 'R', 'a', and a large signature.

65

31 MAR 2017

65  
31 MAR. 2017

STRUTTURA: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIRETTORE: dott. Domenico Nano	100
STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero	DIRIGENTE RESPONSABILE: dott. Franco Pollastro	

Obiettivi Economici e di Attività					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere le azioni richieste dall'Assessorato alla Sanità relativa a: accreditamento strutture residenziali, autismo, disturbi di personalità, trattamento sanitario obbligatorio, ospedali psichiatrici giudiziari.	1) incontri promossi dall'Assessorato Sanità Regione Piemonte a cui non si è partecipato/totale incontri * 100;; 2) predisposizione piano degli adempimenti per ogni area; 3) azioni effettuate con le modalità e i tempi previsti negli incontri regionali/totale delle azioni definite*100	1) < 2 incontri non giustificati; 2) entro 30/04/2017 e aggiornamenti secondo indirizzi regionali 3) > 95%	DSM	1) verbali incontri; 2) piano; 3) relazione che dettagli ogni singolo argomento	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) scheda raccomandazione 17 applicata; 2) n. schede applicate/totale dei ricoveri * 100	1) a partire dal 01/07/2017; 2) > 60% (rilevazione a campione effettuata dalla F.O.)	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	report	20
Garantire le azioni previste dal programma operativo aziendale per governo dei tempi di attesa, elaborato secondo gli indirizzi regionali	1) agende informatizzate a CUP/totale agende*100; 4) Individuazione dei percorsi di prescrizione e prenotazione (agende) separati tra primo accesso e secondo accesso 3) n. codici 804 (sospensione attività di prenotazione); 4) tempi di attesa	1) 100%; 2) relazione che specifichi i volumi di attività per le due tipologie e le modalità organizzative da introdurre per separare i percorsi entro il 15/05/2017 3) pari a 0; se non evitabile, segnalato secondo il regolamento aziendale (paragrafo 6.2) 4) entro lo standard regionale	tutte le strutture aziendali sanitarie con attività specialistica ambulatoriale	1) report SINF; 2) relazione; 3) Report responsabile tempi di attesa; 4) report SINF	10

Obiettivi di Appropriatozza e Qualità					
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Promuovere un uso appropriato di antibiotici per la prevenzione delle resistenze batteriche in una specifica condizione	1) Scegliere un quadro patologico nel quale misurare il corretto impiego degli antibiotici; 2) definire la scheda di rilevazione e misurare la percentuale di scostamento dall'atteso; 3) condividere i risultati ed individuare le azioni di miglioramento; 4) attuare le azioni di miglioramento; 5) misurare la modifica del comportamento	1) entro 31 maggio; 2) nel mese di giugno; 3) entro il 31/08/2017; 4) dal 01/09/2017; 5) nel mese di dicembre 2017	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, DMPO, Farmacia Ospedaliera	relazione e report	10
Perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva delle categorie dei farmaci a maggior impatto economico, ed in particolare relativamente all'appropriatezza prescrittiva di antipsicotici atipici formulazioni IM long acting, migliore selezione del farmaco e recupero di economie nei pazienti con prima prescrizione	Percentuale di prescrizione di molecola aggiudicata in gara regionale a minor costo /totale di formulazioni IM long acting ad alto costo	> o = 70% salvo motivate giustificazioni	DSM	Report F.O.	10



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

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso
Implementazione della procedura per la gestione dei dispositivi vascolari	1) partecipazione al corso di presentazione della procedura; 2) n. pz con documentazione completa/totale pz per cui è richiesto impianto di dispositivo vascolare*100 (rilevazione 2° semestre)	1) almeno 1 medico e 1 infermiere; 2) 95%	Chirurgia, ortopedia, ORL, urologia, medicina, nefrologia, neurologia, oculista, cardiologia, ostetricia, pediatria, spdc, oncologia, Cure domiciliari, Cure palliative	1) registro corso prodotto da GoCSS; 2) report Farmacia Ospedaliera	10
Monitoraggio sistematico della salute fisica del paziente in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzatori dell'umore	Scheda in cartella clinica con parametri da monitorare compilata	80% cartelle cliniche dei pazienti in trattamento cronico con antipsicotici e stabilizzanti dell'umore	DSM	Relazione	
Attivare le iniziative promosse dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL Novara n. 495 del 30/12/2016 avente come oggetto: "Attività del Tavolo interistituzionale ed interdistrettuale previsto nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) della ASL NO: procedure per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari da parte di soggetti fragili condivise nel 2016".	1) Riunioni effettuate Tavolo di Governance nell'anno; 2) attività gestite secondo il protocollo/totale delle attività da gestire*100; 3) incontri microequipe per pazienti di età di confine con patologie gravi o emergenti effettuate	1) almeno 1 semestrale, corredata di specifico verbale; 2) 100%; 3) almeno 1 a trimestre	DSM, DPD, NPI	1) verbali; 2) relazione; 3) verbali	20

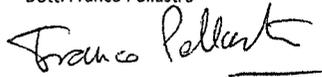
65 3 MAR. 2017 \*

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

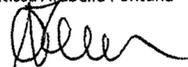
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Domenico Nano



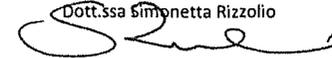
Il Dirigente responsabile  
Dott. Franco Pollastro



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio



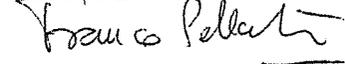
Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacoleto




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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1 Valutazione annuale 2) Verbalì incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbalì; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbalì; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbalì
	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; PBLs; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (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 riepilogativo azioni PO	

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dott. Franco Pollastro




65




STRUTTURA: DIPARTIMENTO PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE	DIRETTORE: dott. Liborio Martino Cammarata
--	--

Obiettivi Economici e di Attività				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Coordinamento delle funzioni delle entità organizzative che, per omogeneità e complementarità, perseguono finalità comuni nell'area delle dipendenze patologiche.	Reports degli incontri del C.P.D., del C.D.A. e del Direttivo del C.P.D	≥ 2 Report per singolo Comitato (C.P.D. e C.D.A.) e del Direttivo del C.P.D., da trasmettere alla Direzione Sanitaria dell'ASL NO (Capofila sul DPD) o inserire sul database "Cruscotto" entro il 31/12/2017.	Tutte le entità organizzative afferenti al D.P.D. interaziendale	Verbale incontri

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Monitoraggio dell'uso delle risorse stanziate, con Delibere di Giunta Regionale/indicazioni assessorili, ed utilizzate dalle Strutture afferenti al D.P.D. interaziendale (AASSLL NO, BI, VC, VCO per l'attuazione/consolidamento del P.L.D., per le Sperimentazioni, per gli Accordi Contrattuali (Residenzialità) e per l'Extra Accordo (ove vigenti).	Rilevazione dati sull'impegno di risorse assegnate alle Strutture delle AASSLL NO, BI, VC, VCO afferenti al D.P.D., per residenzialità/semiresidenzialità nell'ambito delle dipendenze e per lo svolgimento delle attività/azioni previste nel P.L.D.	Rilevazione annuale (Rilevata entro la fine del mese successivo all'anno di riferimento)	Strutture operative afferenti al D.P.D	Scheda di monitoraggio (su modello fornito da OED Piemonte).

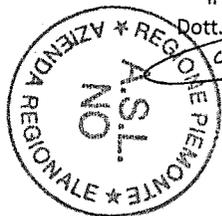
Obiettivi di Innovazione e Sviluppo				
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Implementare la riorganizzazione dipartimentale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015, contribuendo alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorendo l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) redazione e attuazione del Regolamento di Dipartimento; 2) attivazione del Comitato di Dipartimento, precisandone caratteristiche e funzioni; 3) relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) entro il 31/05/2017; 2) entro il 30/09/2017 3) entro il 31/12/2017	tutte le strutture del Dipartimento	1) Regolamento 2) Comitato 3) relazione

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Simonetta Rizzolio

Il Direttore Generale  
Dott. Adriano Giacometto





Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	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 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale e compilazione del Cruscotto ASL NO; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute*100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento e Cruscotto compilato 4) relazione e verbali
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2017: evidenza della diffusione degli obiettivi 2017 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coINVOLGIMENTO del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali
	FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione al medesimo	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) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica aziendale; applicativo Cred.Net, Cruscotto ASL NO/Piano della Performance Aziendale)	Verifica annuale delle attribuzioni e revoco 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. Liborio Cammarata



65

2 MAR 2017

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

**FOGLIO ADEMPIMENTI  
- EFFETTI -**

- Il presente provvedimento è esecutivo:

Giorno inizio esecutività 24 APR. 2017

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 14 APR. 2017



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

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

\*\*\*\*\*

**- COMUNICAZIONI -**

Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali

V.D.

COLLEGIO SINDACALE

AILCAT  
 SICG  
 GOCSS  
 SPP  
 ASSTERR  
 SML  
 AIP  
 DUN  
 SIAV

SEF  
 DMPO  
 SPS  
 MC  
 PALLIATIVE  
 DSM  
 CCPS  
 DP  
 SPRESAL

GPVRU  
 DIPSA  
 FO  
 SEPI  
 SANPEN  
 DMI  
 DAN  
 SISP

STP  
 DEA  
 FT  
 ACEP  
 COTESS  
 DPD  
 DAS  
 SIAN

ALTRI

