

SOC: ANATOMIA PATHOLOGICA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodi cità controll o	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	138.087	133.000 * (dato = 2016: provvisorio)	CG	Trim.	15
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	3
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		11.757	> 11.000	CG	Trim.	5
3	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio dati di attività della Breast unit interaziendale ASL VCO-NO (monitoraggio database SQTM e indicatori correlati)	Monitoraggio		semestrale	DG	Annuo	5
		Miglioramento concordanza diagnostica interaziendale su classificazione coliti e grading displasia polipi colorettali.	% attuale 70%		80%	DG	Annuo	5
4	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/ reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4


 1



5	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi". Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5) Collaborazione/partecipazione: - nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente - nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento aziendale di afferenza e dal Dipartimento interaziendale. Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio". Coordinamento in merito all'applicazione DGR n. 27-357 del 4.7.2016 di aggiornamento del programma di screening oncologici "Prevenzione Serena". Strutture coinvolte: Radiologia, End. Digestiva, Ostetricia Ginecologia, Distretto VCO, GAT.	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi" Recupero dati produzione Presenza sedute Dipartimento Messa in atto azioni		Applicazione 100% Prestazioni perse < 5%	GP/CE D	Annuo	6 4 6 6 9
6	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza. Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente	Indicatori regionali Relazione		Parametri Regionali 31.12.2017	E.P. Q.A PP/MC	Annuo	4 4

8
M



		e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.					
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
8	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo 1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) – Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem. 8

Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopravvenire di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Soc Anatomia Patologica Dr.ssa Anna Maria Foscolo 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso
--	---

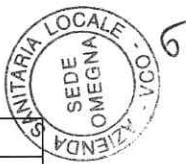


SOC: ANESTESIA E RIANIMAZIONE							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	781.786	512.000 *(dato =2016: provvisorio)	CG	Trim.	15
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	3
2	Governo produzione	Tasso occupazione posti letto		100,48	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		8,89	<10	CG	Trim.	0,5
		N° prestazioni ambulatoriali		1.160	>1.200	CG	Trim.	2
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Azioni		100%	DS	Trim.	1
3	Obiettivi specifici di Soc	Riduzione spese per consulenti esterni all'attività anestesiologica			< € 205.000	DG	Annuo	5
		DGR n. 425-44070 del 17.10.2016 miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva: proseguimento, nei presidi di Domo e Verbania, del "progetto prosafe + petali".		Relazione su azioni messe in atto	31.12.17	DG	Annuo	5



4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mensile	3
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	4
	Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5).	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4	
	Aumento, per l'anno 2017, dei prelievi di cornee, con particolare riguardo al presidio su cui esistono criticità.	Aumento n° prelievi		>2016	DG	Annuo	2	
	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6	
	Messa in atto delle azioni definite dai Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - Gruppo sviluppo informativo nel territorio".	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	5	

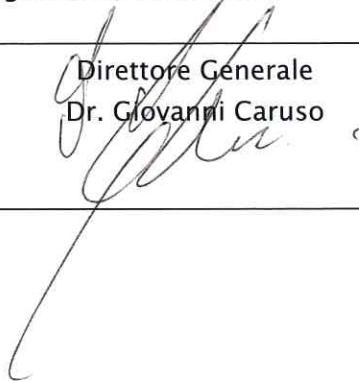
8 2



		Collaborazione con il Dip. Patologie Chirurgiche e con la Soc Chirurgia alla definizione di un Piano di organizzazione dell'attività di sala operatoria individuando gli specifici interventi sulle sedi di Verbania e di Domodossola in una logica di complementarietà.	Collaborazione definizione Piano di organizzazione		30.6.2017 (da validare da Dir. Generale)	DG	Annuo	4
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/MC	Annuo	4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) -	Predisposizione e relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8

3



		<p><i>Aggiornamento 2017-19</i>" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).</p>						
<p>Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.</p>								
	Direttore Soc Anestesia e Rianimazione Dr. Carlo Maestrone			Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso				



4



SOC: CARDIOLOGIA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	3.493.214	3.090.00 *(dato =2016:provvisorio)	CG	Trim.	15
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG		1,95	>1,64	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		94,12	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		5,68	<6,50	CG	Trim.	0,5
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Azioni		100%	DS	Trim.	1
		N° prestazioni ambulatoriali		13.320	>13.800	CG	Trim.	2,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Esecuzione di ECG domiciliari e teleconsulto, con particolare riguardo all'effettuazione di controllo ECG + clinico a domicilio entro 15 giorni dalla dimissione nel paziente anziano > 80 anni, al fine di migliorare outcome mortalità a 30 giorni del PNE	Controlli ECG a domicilio		Entro 15 gg da dimissione pz > 80 anni	DG	Annuo	5

8
G. A. M.
1



		Cardiologia interventistica: apertura sala da 3 giorni a settimana + elettrofisiologia (attuali), a 5 giorni a settimana, con mantenimento dell'attività di elettrofisiologia.	Ampliamento giornate apertura sala.		Da 3 a 5 gg a settimana	DG	Annuo 5
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mens 3
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem. 4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo 5
		Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo 4
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo 6
		Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: – "Gruppo coordinamento ospedale" – "Gruppo coordinamento territorio" - Gruppo sviluppo informativo nel territorio" .	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo 5

2
A
M
B



		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81-8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO.	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	Sos Diabetologia	Annuo 4
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo 4
		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo 4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo 4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo 1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e	Predisposizione relazione		Date di consegna:	RPCT	Sem. 8



	per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).		-15.09.2017 -31.12.2017			
--	---	--	----------------------------	--	--	--

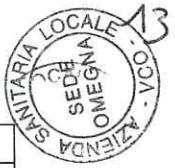
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Soc Cardiologia
Dr. Alessandro Lupi

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

QAV 4

SOC: CHIRURGIA GENERALE VERBANIA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proietato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	729.677	805.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	14
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	2
2	Governo produzione	Peso medio DRG		1,58	1,45-1,70	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		97,35	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		6,65	<7,94	CG	Trim.	0,5
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Azioni		100%	DS	Trim.	1
		N° prestazioni ambulatoriali		4.032	6.200	CG	Trim.	1
3	Obiettivi specifici di Soc	Incremento attività chirurgica: DRG 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso C.O.Q.) compatibilmente con la disponibilità delle sale operatorie.	incremento		> 2016	DG	Annuo	5



		Messa in atto azioni definite dalla Rete oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Adempimenti rete		Applicazione al 100%	DG	Annuo	5
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mens.	3
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	4
	Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4	
	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6	
	Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: – "Gruppo coordinamento ospedale" – "Gruppo coordinamento territorio" – "Gruppo sviluppo informativo nel territorio".	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	5	

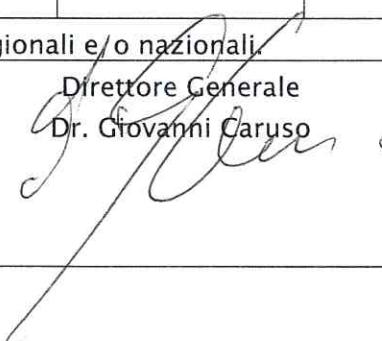
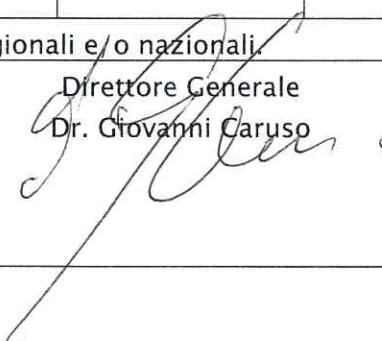
2
R. A. M.
2



		DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 e D.D. n. 818.2.2017: messa in atto azioni previste dalla rete territoriale endocrino-diabetologica piemontese per quanto attiene la gestione del piede diabetico, con il coordinamento della Sos Dip Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sos Diabetologia	Annuo	3
		Definire un Piano di organizzazione, in collaborazione con il Dipartimento Pat. Chirurgiche, dell'attività di sala operatoria, individuando gli specifici interventi sulle sedi di Verbania e di Domodossola in una logica di complementarietà.	Piano organizzazione attività * Applicazione		30.6.17 da validare da Direzione Generale * Da luglio 2017	DG	Annuo	5,5
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/MC	Annuo	4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramenti	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1

QADM 3



o trasparenza	di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.						
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.							
Direttore Soc Chirurgia Generale Verbania Dr. Francesco Arcesi		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso					
 <p>REGIONE PIEMONTE - A.S.L. 114 OMEGNA PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA - 010005 DIRETTORE SOC. CHIRURGO GENERALE - 0902 Dott. FRANCESCO ARCECI AS13FA</p> 							

SOC: CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA

**Obiettivi
2017**

SOC: CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA								Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	397.788	445.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	14	
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	2	
2	Governo produzione	Peso medio DRG		1,55	1,45-1,70	CG	Trim.	0,5	
		Tasso occupazione posti letto		83,16	>90	CG	Trim.	0,5	
		Degenza media		7,56	<7,94	CG	Trim.	0,5	
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Azioni		100%	DS	Trim.	1	
		N° prestazioni ambulatoriali		2.556	3.800	CG	Trim.	1	
3	Obiettivi specifici di Soc	Incremento attività chirurgica: DRG 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso C.O.Q.) compatibilmente con la disponibilità delle sale operatorie.	incremento		> 2016	DG	Annuo	5	
		Messa in atto azioni definite dalla Rete oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Adempimenti rete		Applicazione al 100%	DG	Annuo	5	

A circular stamp with the text "SANITARIA LOCALE" at the top and "SEDE OMEGNA" in the center, with "AZZENDA" at the bottom. There is a small number "1" in the top right corner.



4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mens.	3
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	4
	Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4	
	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6	
	Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio" .	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	5	
	DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 e D.D. n. 818.2.2017: messa in atto azioni previste dalla rete territoriale	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	Sos Diabet	Annuo	3	

2
W
M



		endocrino-diabetologica piemontese per quanto attiene la gestione del piede diabete tico, con il coordinamento della Sos Dip Diabetologia.				ologia		
		Definire un Piano di organizzazione, in collaborazione con il Dipartimento Pat. Chirurgiche, dell'attività di sala operatoria, individuando gli specifici interventi sulle sedi di Verbania e di Domodossola in una logica di complementarietà.	Piano organizzazione attività *		30.6.17 da validare da Direzione Generale *	DG	Annuo	5,5
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/MC	Annuo	4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste	Predisposizione		Date di consegna:	RPCT	Sem.	8



		nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	relazione		-15.09.2017 -31.12.2017				
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.									
Direttore Soc Chirurgia Generale Domodossola Dr. Francesco Arceci		REGIONE PIEMONTE - ASL 114 - OMEGNA PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA - 010005 DIRETTORE S.C. CHIRURGIA GENERALE - 0902 Dott. Francesco ARCECI 4313FA		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso					



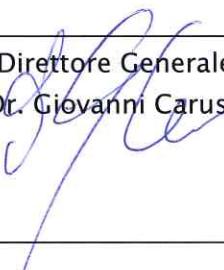
OBIETTIVI SOC E SOS DIP AFFERENTI IL DIPARTIMENTO PREVENZIONE							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.17 progettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, e messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017.	Budget	781.953	907.000 * (dato =2016: provvisorio)	BC	Trim.	14
2	Governo produzione	Si rinvia alla scheda allegata che riporta l'attività da produrre da parte di ciascuna Struttura afferente al Dipartimento.	Attività programmata		Messa in atto 100% attività	DP	Annuo.	36
3	Obiettivi specifici di Soc	Adozione ed applicazione del Piano Locale della prevenzione 2017.	Piano		Rispetto scadenze regionali	DG	Annuo	5
		Rendicontazione azioni relative agli obiettivi del Piano Locale della prevenzione 2017.	Relazione		Rispetto scadenze regionali	DG	Annuo	5
4	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/ reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
5	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	4
	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente.	Applicazione atto		Messa in atto 100% azioni	DG	Annuo	5	



	Nazionali	Partecipazione Gruppo di Progetto aziendale: "Coordinamento Territorio". * Messa in atto delle azioni definite dai Gruppi di Progetto aziendali: "Coordinamento ospedale" -'Sviluppo informatico nel territorio" - Flussi".	aziendale Presenza sedute * Messa in atto azioni	 90% * Applicazione 100%	GP	Annuo	3
		Messa in atto delle azioni di cui alla DGR n. 27-3570 del 4.7.2016 (in sinergia con Soc Anatomia Patologica ed altre strutture aziendali) di aggiornamento del programma di screening oncologici "Prevenzione Serena".	Messa in Atto azioni	Applicazione 100%	DG	Annuo	3
6	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Rischio antincendio: riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.17	PP/MC	Annuo	3
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno , del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente	31.3.2017	RC	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in	Predisposizione relazione	Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	9

2
g m



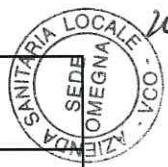
	merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
	Dl.vo n. 33/2013 come modificato dal D.lvo n. 97/2016: miglioramento della tempestività e della qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e realizzazione di un monitoraggio periodico.	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e monitoraggio almeno trimestrale	RPCT	Annuo	4
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.							
Direttore Dipartimento Prevenzione Dr. Francesco Lembo 		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 					

A large, handwritten signature in blue ink, appearing to read "Giovanni Caruso". There is also a small "3" written near the end of the signature.

OBIETTIVI DI PRODUZIONE DELLE SOC/SSD DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ANNO 2017



SERVIZI D/P	OBIETTIVO 2017	DESCRIZIONE	INDICATORE	STANDARD	RESPONSABILE OBIETTIVO
SPRESAL	Garantire la copertura delle attività di vigilanza sul territorio con controlli mirati ed omogenei per ridurre i rischi più rilevanti (100% controlli LEA)	Assicurare le attività come da indicazioni del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 D.Lgs 81/08) o del PLP secondo le indicazioni dei piani di prevenzione nazionali e regionali nei settori edilizia ed agricoltura/selvicoltura	LEA 5% del totale delle unità locali da controllare di cui ai Flussi INAIL – Regione	100% controlli	Direttore SOC SPRESAL
SPRESAL	Potenziare e migliorare l'utilizzo dell'applicativo SPRESAL WEB nel servizio	Rafforzare l'utilizzo da parte del servizio dell'applicativo SPreSAL-WEB	Organizzazione di eventi formativi volti a migliorare il corretto utilizzo dell'applicativo regionale SPRESAL WEB	almeno un evento	
SPRESAL	Organizzazione di evento formativo sulla corretta applicazione dei regolamenti REACH e CLP nelle attività di vigilanza e controllo delle SSD/SOC afferenti al Dipartimento di Prevenzione	Realizzare, in collaborazione con gli altri servizi del DP un evento formativo sui regolamenti REACH e CLP mirato all'attività di vigilanza in capo alle SOC/SSD del dipartimento di Prevenzione	Organizzazione di eventi formativi sul tema REACH e CLP	almeno un evento	
MEDICINA LEGALE	Applicazione principi statali contenuti nell'art. 3 comma 1, legge 130/ 2001 come da indicazioni regionali del 2.11.2016	Attuare la disposizione normativa rappresentata dall'art. 3 della legge 130 del 2001 secondo le direttive regionali	n° autorizzazioni cremazioni effettuate	n° autorizzazioni /cremazioni effettuate pari a quelle caricate sul sistema PABI	Responsabile Medicina Legale
MEDICINA LEGALE	Istituzione di un registro di carico scarico/ pagamenti effettuati per l'espianto di pace maker/defibrillatori	realizzare nell'anno la registrazione dei defibrillatori -PM espiantati e verificare i pagamenti eseguiti per gli espianti attuati	Predisporre Registro	utilizzo registro di carico e scarico per conferimento PM-Defibrillatori espiantati a centro smaltimento rifiuti speciali nonché controllo	
SPV AREA B	Assicurare sulle carni di animali allevati e macellati nel territorio dell'ASL VCO i controlli della radioattività per la sicurezza alimentare	mettere in atto le azioni volte a controllare la radioattività sulle carni di animali allevati e macellati negli impianti di macellazione del territorio del VCO	n. di controlli su impianti di macellazione / sul totale degli impianti	n. 4 impianti su 10 da controllare	Responsabile SSD SPV AREAB

7 SPV AREA B					
SPV AREA B	verifica corretta etichettatura nutrizionale sui prodotti di salumeria negli stabilimenti muniti di bollo CE	assicurare la verifca della corretta etichettatura nutrizionale sui prodotti	n. di stabilimenti da sottoporre a controllo	n. 5 stabilimenti da controllare sul 10	
SPV AREA B	verifica corretta etichettatura nutrizionale sugli impianti di riconfezionamento muniti di bollo CE	assicurare la verifca della corretta etichettatura nutrizionale	n. di impianti da sottoporre a controllo	n. 5 impianti da controllare sul 9	
SIAN	Verifica menu nella ristorazione scolastica e assistenziale (Standard 100% di verifiche a menu e diete speciali pervenute)	valutare i menu e le diete speciali per allergie, intolleranze e motivi etico-religiosi pervenuti al servizio nell'anno 2017	n. valutazioni menu pervenuti al servizio e diete speciali per allergie, intolleranze e motivi etico-religiosi/richieste pervenute	100% di verifiche su richieste pervenute	Direttore SOC SIAN
SIAN	OKkio alla Salute: elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale del report aziendale relativo alla raccolta dati del 2017.	svolgere gli interventi previsti nella scuola primaria per la sorveglianza OKKIO alla Salute	n. interventi previsti, nella scuola primaria, per la raccolta dati 2017 della sorveglianza OKkio alla Salute.	elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale del report aziendale relativo alla raccolta dati del 2017(100% di evidenza).	
SPV AREA A	Vigilanza negli allevamenti bovini sulla corretta identificazione e registrazione del bestiame	Attuare la vigilanza negli allevamenti	% dei controlli svolti negli allevamenti bovini prevista dal PRISA sui controlli programmati	100% controlli di vig. programmati negli allev. bovini	Direttore SOC SPV Area A





SPV AREA A	Aggiornamento delle seguenti procedure: 1) -Procedura per i controlli ufficiali nelle attività di vigilanza sulla corretta identificazione e registrazione del bestiame 2) -Procedura di programmazione e verifica dei Controlli ufficiali: Categorizzazione dei rischi degli OSA; Programmazione dei CU; Monitoraggio dell'avanzamento del programma annuale CU; Verifica del raggiungimento degli obiettivi; Verifica della qualità ed efficacia dei CU	aggiornamento delle procedure	Procedure in versione 1.0	Procedure in versione 1.1	
SPV AREA A	Rispetto del Piano di eradicazione della tubercolosi bovina, al fine del mantenimento per il VCO della qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne	Controllare i capi in età diagnostica nelle aziende da riproduzione su base biennale	-100 % aziende e capi controllati/controllabili-% aziende infette/-controllabili <0,1%; -% azie. uff. indenni/-controllabili >99,9%	100 % dei controlli previsti negli allevamenti bovini da riproduzione	
SPV AREA C	Allineamento delle banche dati svet c	conseguire l'allineamento delle due piattaforme informatizzate ARVET e VETALIMENTI	% Allineamento (attuale 60%)	100% allineamento	Responsabile SSD SPV AREA C
SPV AREA C	Effettuare la farmacosorveglianza in tutte le aziende zootecniche in cui si effettuano i controlli relativi al benessere animale previsti dai piani arpea di condizionalità.	attuare interventi di farmacovigilanza in tutte le aziende zootecniche secondo indicazioni regionali	n.interventi eseguiti di farmacovigilanza sulle aziende zootecniche /sui programmati come indicazioni dei piani regionali	interventi di farmacosorveglianza indicati dai piani regionali integrati con quelli del piano locale relativi al benessere animale pari al 100% dei controlli programmati.	

G A M

SISP	Attivazione/implemento delle attività utili all'incremento delle coperture vaccinali e raggiungimento degli obiettivi del PPPV	dare attuazione alle azioni indicate dalla direzione Regionale Sanità per incrementare le coperture vaccinali	% delle azioni attuate su totale indicate dalla Direzione Sanitaria Regionale	100% delle azioni indicate	Responsabile SSD SISP
SISP	Organizzare incontri/eventi formativi con esperti su problematiche legate ad Ambiente e Salute	predisporre le azioni volte a realizzare eventi formativi	n° eventi organizzati	almeno un evento/incontro formativo	

Direttore di Dipartimento
Dr. Francesco Lembo

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

G. Attivita'





SOC Di.P.Sa							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017 e del Piano di Efficientamento	Budget	20.317	21.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	11
2	Obiettivi specifici di Soc	Introduzione della scheda unica di terapia informatizzata in tutte le UU.OO di degenza (proseguimento attività 2016)	Utilizzo scheda		100% UU.OO	DG	Annuo	5
		Rivalutazione della dotazione organica necessaria in relazione agli standard definiti dalla normativa vigente	Definizione dotazione		Tutte le UU.OO.	DG	Annuo	8
		Sviluppo ed implementazione del modello infermiere di famiglia e comunità (progetto consenso)	Presa in carico soggetti previsti dal progetto		Almeno il 40%	DG	Annuo	8
3	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	
4	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale 1) costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"	Applicazione 100%	GP	Annuo	6	

[Handwritten signatures and initials over the bottom right corner of the table]



	/Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dai Direttori di Dipartimento. - Partecipazione ai Gruppi di progetto n. 2 "Gruppo coordinamento ospedale" e n. 3) "Gruppo coordinamento territorio". * - Messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendali: - <i>Gruppo sviluppo informativo nel territorio</i> ".	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	DG	Annuo	6
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81-8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO.	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	DG	Annuo	6
		Collaborazione con il Dip. Patologie Chirurgiche, la Soc Chirurgia, la Soc Anestesia alla definizione di un Piano di organizzazione dell'attività di sala operatoria individuando gli specifici interventi sulle sedi di Verbania e di Domodossola in una logica di complementarietà.	Collaborazione alla definizione Piano di organizzazione		entro il 30.6.2017 (da validare da Dir. Generale)	DG	Annuo	8
5	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo	4

28
Q J M 2



		(smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.					
6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo 1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem. 8

Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore sostituto Soc Di.P.Sa Dr. Marcello Senestraro 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso
--	---



SOC: DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi specifici di Soc	Procedura per la prevenzione delle infezioni nei lavori edili in ospedale.	Nuova procedura validata * Applicazione		30.6.17 * Da luglio 2017	DG	Annuo	5
		Revisione procedura operativa per il sistema di trasporto intra aziendale ed extra aziendale.	Revisione procedura e validazione * Applicazione		30.6.17 * Da luglio 2017	DG	Annuo	5
2	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/ reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
3	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	6
	Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente - Partecipazione sedute Dipartimenti.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6	
	Coordinamento Gruppo di Progetto aziendale "Gruppo coordinamento ospedale".	Messa in atto azioni di coordinamento		Relazione 31.12.2017	DG	Annuo	6	
	Presenza incontri Gruppi di Progetto aziendali: "Flussi" - - Gruppo sviluppo informativo nel territorio".	Presenza incontri * Messa in atto azioni		90% sedute * Applicazione	GP	Annuo	6	



		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Messa in atto azioni "Gruppo coordinamento territorio".</p>			100% azioni			
		<p>Collaborazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con la Diabetologia (coordinatore) per la messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 – 8.2.2017). <li style="text-align: center;">* -con il Dip. Patologie Chirurgiche, la Soc Chirurgia, la Soc Anestesia per la definizione di un Piano di organizzazione dell'attività di sala operatoria individuando gli specifici interventi sulle sedi di Verbania e di Domodossola in una logica di complementarietà. 	<p>Collaborazione alla messa in atto azioni</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Collaborazione alla definizione Piano di organizzazione</p>	<p>Applicazione 100% azioni</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>entro il 30.6.2017 (da validare da Dir. Generale)</p>	Sos Diabetologia/ DG	Annuo	6	
	Azioni strategiche aziendali /Applicazioni Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Collaborazione con la Soc GAT per la realizzazione della continuità assistenziale: integrazione NOCC e NDCC per migliorare la presa in carica del paziente in dimissione ospedaliera in applicazione del PDTA "Continuità assistenziale ospedale territorio" e monitoraggio del percorso.	Collaborazione		Applicazione 100% azioni di competenza	DG	Annuo	4
		Monitoraggio attività relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: predisposizione di un documento di analisi del rischio e definizione di una strategia conseguente (Nota Regione Piemonte prot. n. 58633 del 10.10.2016).	Documento		Entro il 30.9.17	DG	Annuo	6



		Coinvolgimento, da parte UPRI, della Soc GAT (e, più in generale dell'area territoriale) per l'avvio del monitoraggio delle attività relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (applicazione Nota Regione Piemonte prot. n. 58633 del 10.10.2016).	Individuazione azioni per 2017		Entro i termini della programmazione aziendale	DG	Annuo	4
4	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Coordinamento ed attuazione dei Programmi aziendali di prevenzione del rischio infettivo.	Relazione da inviare in Regione		Rispetto tempistica regionale	DG	Annuo	7
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.17	PP/M C	Annuo	4	
5	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
6	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente	31.3.2017	RPCT	Annuo	1	
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT)	Predisposizione relazione	Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8	



	- Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
	Dl.vo n. 33/2013 come modificato dal D.lvo n. 97/2016: miglioramento della tempestività e della qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo.	RPCT	Annuo	3

Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Soc Direzione Sanitaria presidi
Ospedalieri Verbania e Domodossola

Dr. Francesco Garufi

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



SOC: Distretto VCO							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Monitoraggio e controllo del budget assegnato alla Soc Gat, alla Soc SERD ed alla Soc Servizio Salute Mentale Territoriale. Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Il coordinamento/controllo/monitoraggio del budget di spesa delle Strutture GAT, Serd, Servizio Salute Mentale Territoriale è assegnato alla Soc Distretto VCO.	Monitoraggio		Report trimestrali	DG	Trim.	16
2	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio (in sinergia con Soc Gat, Controllo di Gestione, Farmacia Ospedaliera) per monitorare il consumo di risorse (accessi DEA – visite e prest. Specialistiche – ricoveri – consumo farmaci) da parte della popolazione afferente alle ACT. Ciò al fine di consentire eventuali correttivi su comportamenti prescrittivi potenzialmente inappropriati.	Predisposizione schede di monitoraggio * Relazione su interventi	Entro giugno 2017 * 31.12.2017	DG	Annuo	7	
		Verifica e monitoraggio accordi vigenti siglati con MMG.	Relazione	31.12.2017		Annuo	3	
		Definizione dei volumi di prestazioni erogate dalle strutture accreditate in base ai budget definiti dalla Regione.	Definizione volumi	Rispetto tempistica regionale	DG	Annuo	2	

G. A. 1



		Definizione, in collaborazione con la Soc Gat, dell'accordo con i Consorzi dei servizi socio-assistenziali anche tenuto conto delle disposizioni regionali in merito ai nuovi LEA.	Accordo ASL/Consorzi		Entro 31.10.17 (compatibilmente con le disposizioni regionali)	DG	Annuo	3
3	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		Entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
4	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	6
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente.	Applicazione		Messa in atto 100% azioni	DG	Annuo	6
		Coordinamento gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Messa in atto azioni di coordinamento – Relazione		31.12.2017	DG	Annuo	6
		Partecipazione ai Gruppi di Progetto: "Flussi", "Sviluppo informatico Territorio". * Messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendali: – "Gruppo coordinamento ospedale".	Presenza incontri *		90% *	GP	Annuo	6
		Collaborazione con l'ASL NO per la realizzazione del numero europeo 116-117.	Messa in atto azioni concordate		Applicazione 100% azioni	DG	Annuo	4
		Collaborazione con Soc GAT per applicare DGR n. 34/2016 per la realizzazione delle Case per la Salute nell'ambito del territorio del VCO, anche tenuto conto	Collaborazione		Applicazione 100% azioni concordate con	DG	Annuo	5



		dei progetti inviati in Regione il 31.1.2017 per l'approvazione.			Soc Gat			
5	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo	4
6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.		Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno , del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione	Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8	

90/36
3



Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Soc Distretto VCO
Dr. Bartolomeo Ficili

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

Sos Dip. ENDOSCOPIA DIGESTIVA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	219.677	190.000 <small>*(Dato=2016: provvisorio)</small>	CG	Trim.	15
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	3
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		5.829	> 5.000	CG	Trim.	5
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Messa in atto azioni		100%	DS	Trim.	1
3	Obiettivi specifici di Soc	Diffusione ed illustrazione ai MMG del protocollo, predisposto nel 2016 in sinergia con i MMG, per realizzare l'appropriatezza prescrittiva colonscopie, mediante incontri con le AFT	N° incontri		A copertura AFT	DG	Annuo	10
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mens.	3

5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	6
		Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6
		Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio" .	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	5
		Collaborazione con la Soc Anatomia Patologica per La messa in atto delle azioni previste dalla DGR n. 27-357 del 4.7.2016 di aggiornamento del programma di screening oncologici "Prevenzione Serena".	Azioni		Applicazione 100%	Soc Anatomia	Annuo	6
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4



		Dipartimento di afferenza.					
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo 4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo 1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem. 8
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.							
Direttore Sos Dip Endoscopia Digestiva Dr. Giuseppe Facciotto				Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso			

SOC: FARMACIA OSPEDALIERA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	7.176.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	15	
		Gestione del target spesa farmaceutica.	Monitoraggio	trimestrale	F	Trim.	3	
2	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio delle politerapie nel paziente anziano ed analisi ed individuazione interventi.	Relazione su interventi * Pazienti analizzati	31.12.17 * Almeno 200	F	Annuo	5	
		Collaborazione per la realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2017. Realizzazione di un monitoraggio trimestrale.	Relazione/report	Trimestrale	F	Trim	5	
3	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/ reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	
4	Azioni strategiche aziendali /Applicazione	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"	Applicazione 100%	GP	Annuo	6	


 G. A. M.



	Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flusso F)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente.	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	DG	Annuo	6
		Partecipazione al Gruppo di progetto "Flussi". * Messa in atto delle azioni definite dai Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio" .	Presenza incontri * Messa in atto azioni		90% * Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	6
		Monitoraggio azioni previste nel Piano di efficientamento 2017 per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale e dei dispositivi medici.	Relazione/report		30.6.17 30.9.17 31.12.17	DG	Trim.	6
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81-8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO.	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	Diabetologia	Annuo	4
5	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo	4

2



		riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno, del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8
		Dl.vo n. 33/2013 come modificato dal D.lvo n. 97/2016: miglioramento della tempestività e della qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e realizzazione di un monitoraggio periodico.	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e monitoraggio almeno trimestrale	RPCT	Annuo	4

Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Sostituto Direttore Soc Farmacia Ospedaliera
Dr.ssa Anna Pingitore

Anna Pingitore

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

Giovanni Caruso

A M



SOC: GERIATRIA

Obiettivi 2017								
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	114.585	128.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	15
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	3
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		11.163	>15.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Presentazione alle UCAD del documento riferito all'utilizzo della vitamina D al fine di migliorare l'appropriatezza per quanto attiene la modalità d'uso.	Presentazione documento UCAD		80%	DG	Annuo	6
		Attivazione di un corso aperto anche ai MMG sul tema dell'osteoporosi.	Attivazione corso		Entro il 30.9.2017	DG	Annuo	6
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto azioni		Applicazione 100%	GAT	Mens.	3



5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"		Applicazione 100%	GP	Annuo	6
		Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza.	Presenza sedute Dipartimento		90% sedute	DG	Annuo	6
		Messa in atto delle azioni definite dai 3 Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo coordinamento territorio" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio" .	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	GP	Annuo	6
		Collaborazione: -alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81- 8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO. * -alla stesura di un PDTA, con Soc Sal Ment Terr. (che coordina), con SERD, NPI, SPDC per l'assistenza di pz con	Collaborazione alla messa in atto azioni * Collaborazione stesura PDTA *		Messa in atto 100% azioni * Entro 30.6.17 *	Sos Diabetologia	Annuo	8

2



		gravi disturbi del comportamento.	Applicazione		Applicazione da luglio			
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo	4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	10
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, se ritenuto opportuno , del nominativo di un Referente che collabori con il Direttore di Struttura per la messa in atto delle azioni/adempimenti in materia di anticorruzione e per la diffusione delle informazioni sul tema a tutti i Dipendenti della Struttura.	Nominativo Referente		31.3.2017	RPCT	Annuo	1
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2017-19" (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8



Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Soc Geriatria

Dr. Fabio Di Stefano

Direttore Generale

Dr. Giovanni Caruso

SOC: GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALI (GAT)							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proiettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	92.904.578	93.679.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	14
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2017, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari.	Azioni		100%	F	Trim.	2
2	Governo produzione	ADI casi	N° casi	316	> 2016	Aster	Sem.	0,5
		SID casi	N° casi	1.686	> 2016		Sem.	0,5
		ADP casi	N° casi	718	> 2016		Sem.	0,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Costituzione delle aggregazioni professionali dei MMG e degli specialisti in collaborazione con il Distretto VCO e sviluppo interventi integrati.	Creazione AFT * Procedure di integrazione		Entro 31.3.17 * Entro 31.12.17	DG	Annuo	4
		Continuità assistenziale: integrazione NOCC e NDCC per migliorare la presa in carico del paziente in dimissione ospedaliera, in applicazione del PDTA "Continuità assistenziale ospedale territorio" e monitoraggio del percorso.	Relazione semestrale per monitorare il percorso		30.6.17 31.12.17	DG	Annuo	4
		Collaborazione con il Distretto per definire l'accordo con i Consorzi dei servizi socio-assistenziali anche tenuto	Collaborazione Accordo		Entro 31.10.17 (compatibilmente)	DG	Annuo	2



		conto delle disposizioni regionali in merito ai nuovi LEA.	ASL/Consorzi	e con disposizioni regionali)			
4	Efficienza	Monitoraggio dei tempi di attesa in attuazione al Piano regionale ed aziendale ed individuazione, da parte della Sos Specialistica Ambulatoriale, di interventi da richiedere alle soc aziendali al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa	Rendicontazione	A cadenza mensile	Sos Specialistica	Trimestrale	4
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	Entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali e messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale costituito per gestire il tema "Flussi".	Messa in atto azioni gruppo di progetto "Flussi"	Applicazione 100%	GP	Annuo	5
		Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione	Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4
		Collaborazione/partecipazione nell'applicazione dell'Atto aziendale vigente.	Applicazione	Messa in atto 100% azioni	DG	Annuo	3
		Coordinamento gruppo di progetto aziendale "Sviluppo informatico Territorio".	Messa in atto azioni di coordinamento - Relazione	31.12.2017	DG	Annuo	6
		Partecipazione ai Gruppi di Progetto: "Flussi" e "Coordinamento Territorio".	Presenza incontri *	90% *	GP	Annuo	4

MM
AM
2



		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Messa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendali: – “<i>Gruppo coordinamento ospedale</i>”.</p>	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni			
		<p>Collaborazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con Diabetologia per la messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81- 8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO. - con Cardiologia per realizzazione esecuzione ECG domiciliari e teleconsulto a domicilio. - con Radiologia per realizzazione RX domiciliare. 	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	Diabetologia/Anatomia / Cardiologia/ Radio logia	Annuo	2
		Applicazione DGR n. 34/ 2016 per la realizzazione delle Case per la Salute nell'ambito del territorio del VCO, anche tenuto conto dei progetti inviati in Regione il 31.1.2017 per l'approvazione.	Realizzazione almeno 1 Casa della Salute		Entro 31.12.17 (compatibilmente con approvazione regionale progetti)	DG	Annuo	4
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	2
		Messa in atto azioni, individuate dall'UPRI, per l'avvio del monitoraggio delle attività relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ambito territoriale (Nota Regione Piemonte prot. n. 58633 del 10.10.2016).	Messa in atto azioni UPRI		Applicazione 100% azioni	UPRI	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2017 in qualità di Dirigente	Relazione		31.12.17	PP/M C	Annuo	3