

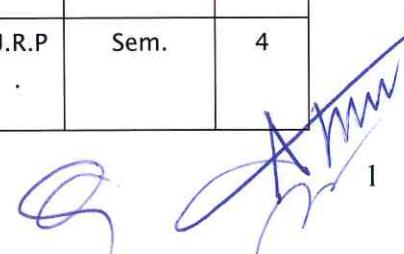


		e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15	
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	Individuazione, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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	
		D.Lvo 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 3,5	
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.								
Direttore Soc GAT Dr. Romano Ferrari 				Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 				



## SOC: LABORATORIO ANALISI

Obiettivi 2017								
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 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, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	2.512.138	2.514.000 *(dato=2016: provvisorio)	CG	Trim.	16
		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	XXXX	1.150.803	>1.300.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Miglioramento appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio dei MMG/Pls (DGR n. 15-7486 del 23.4.2014): organizzazione incontri con MMG/Pls, anche al fine di ridurre gli errori nella compilazione della ricetta dematerializzata.	N° incontri *N° partecipanti		3 anni (Omegna -VB-Domo) * 80% MMG/Pls	DG	Annuo	5
		Mantenere e intensificare il dialogo con i Clinici comunicando i valori critici sia ai reparti e servizi ospedalieri sia ai MMG/Pls.	Relazione		31.12.2017	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	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4

  
 1



		inviata dall'U.R.P.						
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".	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 - nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento aziendale di afferenza e dal Dipartimento interaziendale.	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 con la Soc Malattie Infettive per la messa in atto di interventi volti a promuovere e facilitare l'accesso al test HIV in applicazione della normativa regionale (Nota Regione Piemonte prot. n. 24314 A 409° del 30.11.2016).	Relazione		31.12.2017	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

09/12/2017  
2



		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	Annuo	
		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
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
8	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	Individuazione, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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 laboratorio Analisi Dr. Nino Cappuccia				Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso			

*Cappuccio N.*

*G. Caruso*

*Ottobre 2017*



Sos Dip: MALATTIE INFETTIVE							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 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, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.785.302	1.743.000 *(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	Peso medio DRG		1,79	>1,90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		9,38	< 11	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		4.826	> 7.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Attivazione di un progetto di antibiotico stewardship. Appropriatezza nell'uso dei Carbapenemi nel 40% delle CC della Medicina.	Relazione in cui si verificano ed analizzano tutte le prescrizioni		31.12.2017	DG	Annuo	5
		Manuale di terapia antibiotica per le principali patologie infettive ad uso ASL VCO	Manuale		31.12.2017	DG	Annuo	5

eg
MM
1



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
		Nota regione Piemonte prot. n. 24314 A 409 del 30.11.2016 relativo all'offerta del test HIV: messa in atto di interventi volti a promuovere e facilitare l'accesso al	Relazione		31.12.2017	DG	Annuo	2

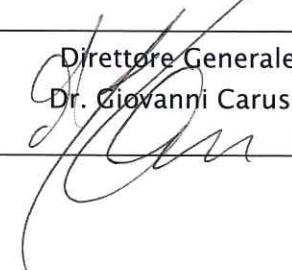
69 1/2



		test HIV in applicazione alla normativa regionale in materia .						
		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%	Sos Diabetologia	Annuo	3
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	3
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

9 APR 3



	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. Malattie Infettive  Dr. Vincenzo Mondino  <i>Vincenzo Mondino</i>	      					

Direttore Generale  
Dr. Giovanni Caruso

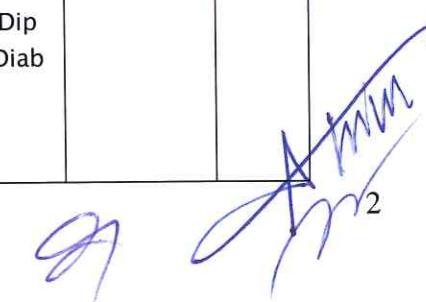
*Giovanni Caruso* 4



Sos Dip.: MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 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, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	321.516	256.000 <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	20.830		>18.000	CG	Trim.	3
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016	Azioni		100%	DS	Trim.	1
3	Obiettivi specifici di Soc	Inserimento di nuovi pazienti diabetici nel nuovo progetto telemedicina	Nuovi pazienti		+ 40 pz nel 2017	DG	Annuo	5
		Incremento dell'inserimento di pazienti diabetici nel nuovo progetto di gestione integrata condiviso con i MMG	Incremento pz diabetici di tipo 2 (attuali 55%)		60%	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	Mantenimento Tempi attesa – Messa in atto		Applicazione 100%	GAT	Mens.	3

*g. d. m.*



		Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	azioni					
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
		Coordinamento 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), svolgendo l'attività in sinergia con le strutture aziendali coinvolte.	Relazione in merito a tutte le azioni messe in atto ed al contributo delle Strutture coinvolte	31.12.2017	Sos Dip Diab	Annuo	8	



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.	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 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

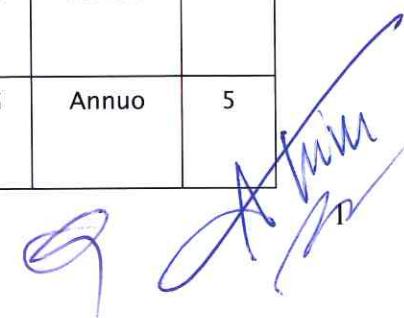
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.

Direttore Sos Dip Malattie Metaboliche e Diabetologia  Dr. Giuseppe Saglietti  	Direttore Generale  Dr. Giovanni Caruso  
---	---



## SOC. MEDICINA VERBANIA

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	1.293.482	1.182.000 *(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	Peso medio DRG		1,61	>1,60	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		101,40	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		17,88	< = 11	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			Da assegnare	CG	Trim.	2,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Riduzione della degenza media al fine di un allineamento allo standard regionale.	Rispetto standard regionale		11	DG	Annuo	5
		Procedura operativa per snellire il ricovero dei pazienti dal Dea/Astanteria al reparto in sinergia con Soc MCU.	Procedura operativa *		31.7.2017 * Applicazione da	DG	Annuo	5

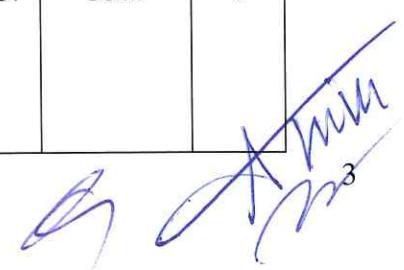

 9/10/2017



			Applicazione da agosto		agosto			
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 /Applicazion e 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		Adempimento 100% azioni	GP	Annuo	5
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate	Messa in atto		Applicazione	Sos	Annuo	3



		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.	azioni		100%	Diabetologia		
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, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8


  
3



		merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

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

Referente Soc Medicina Verbania  
Dr. Giuseppe Saglietti

Direttore Generale  
Dr. Giovanni Caruso



SOC. MEDICINA DOMODOSSOLA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 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, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.477.833	1.240.000 *(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	Peso medio DRG		1,67	>1,60	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		109,09	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		16,82	< = 11	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			Da assegnare	CG	Trim.	2,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Riduzione della degenza media al fine di un allineamento allo standard regionale.	Rispetto standard regionale		11	DG	Annuo	5
		Procedura operativa per snellire il ricovero dei pazienti dal Dea/Astanteria al reparto in sinergia con Soc MCU.	Procedura operativa *		31.7.2017 * Applicazione da	DG	Annuo	5


 MM  
 GJM



			Applicazione da agosto		agosto			
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 /Applicazion e 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"		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		Adempimento 100% azioni	GP	Annuo	5	
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate	Messa in atto		Applicazione	Sos	Annuo	3	

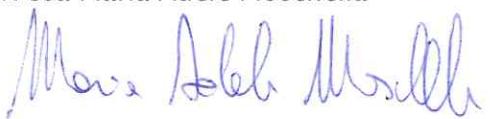
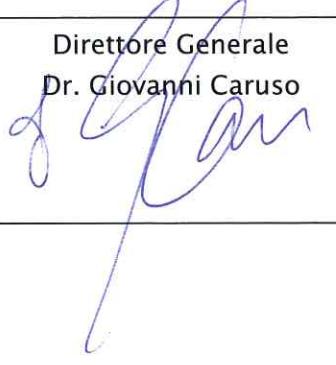
2  
2  
2



		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.	azioni		100%	Diabetologia		
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 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.	8

G. A. C. 3



	merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.							
Sostituto Direttore Soc Medicina Domodossola Dr. ssa Maria Adele Moschella 	                  						



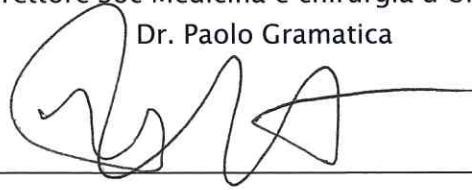
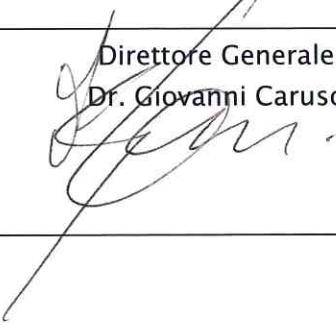
SOC: MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 progettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	852.420	909.000 *(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		157.637	>156.000	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 tempi di degenza media pazienti in OBI DEA	Riduzione degenza (attuale: 49 ore Vb - 70 ore Domo)		40 ore Vb 60 ore Domo	DG	Annuo	7
		Realizzazione n. 2 PDTA (intra e/o interaziendali)	PDTA		-Redazione entro 30.6.17 - Realizzazione da luglio	DG	Annuo	3
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	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4



		inviata dall'U.R.P.						
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".	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.	Partecipazione sedute		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
		<p>Collaborazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con Diabetologia 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. In particolare: corretto indirizzo, da parte di MCU, del pz v/ ricovero o area territoriale in funzione del livello di complessità della patologia.</li> </ul> <p style="text-align: center;">*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con Soc Salute Ment Territ (che coordina) e le strutture: Geriatria, Serd, NPI, SPDC alla stesura di un protocollo per l'assistenza ai pz con gravi disturbi del</li> </ul>	<p>Collaborazione alla messa in atto azioni</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Collaborazione stesura protocollo</p> <p style="text-align: center;">*</p>	<p>Messa in atto 100% azioni</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Entro 30.6.17 Applicazione da luglio</p>	<p>Sos Dip MMD</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Soc Salut e ment alte</p>	Annuo	7	

		<p>comportamento, con coordinamento Soc S.S mentale territoriale.</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>- alla redazione di una procedura operativa con Medicina per snellire il ricovero dei pazienti dal Dea/Astanteria al reparto.</p>	<p>Procedura operativa</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Applicazione</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Entro 31.7.2017</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Da agosto</p>			
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
		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
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
8	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	RPCT	Sem. 8



	<p><i>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).</i></p> <p>Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.</p>			-31.12.2017			
	<p>Direttore Soc Medicina e chirurgia d'Urgenza Dr. Paolo Gramatica</p> 			<p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p> 			



## SOC: NEFROLOGIA DIALISI

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	2.233.687	2.360.000 *(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	Peso medio DRG		1,67	>1,60	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		87,52	>85	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		8,88	< 10	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			> 5.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Prevenzione e trattamento malattia renale cronica con attenzione al trattamento conservativo (dieta ipoproteica eventualmente supplementata con chetoanaloghi) nel pz grande anziano > 80 anni con IRC stadio V	% pz >80 anni avviati al tratt. conservativo/tot pz >80 anni con IRC stadio 5 seguiti amb.		>= 60%	DG	Annuo	5



		PDTA per gestione integrata tra ospedale e territorio della malattia renale cronica (MRC) in collaborazione con MMG	PDTA		Stesura: entro 30.6.17 Applicazione da luglio 2017	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	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	Messa in atto azioni		Messa in atto 100% azioni	GP	Annuo	5

9 25



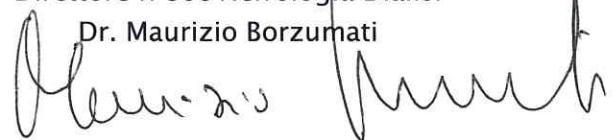
		<i>informativo nel territorio” .</i>						
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81-8.2.2017), con il coordinamento del Direttore Diabetologia Asl VCO.	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	Sos Diabetologia	Annuo	3,5
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/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, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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 <i>“Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e</i>	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.

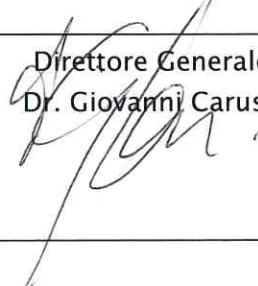
Direttore ff Soc Nefrologia Dialisi

Dr. Maurizio Borzumati



Direttore Generale

Dr. Giovanni Caruso




4



SOC: NEUROLOGIA							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	440.854	522.000 *(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.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG		1,66	>1,50	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		92,91	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		10,33	< 11	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		9.006	>11.000	CG	Trim.	2,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Aumento delle sedute ambulatoriali di visita anche presso il COQ	Aumento sedute ambulatoriali (attuali: 2 amb. e 12 visite)		N. 4 ambulatori e 24 visite	DG	Annuo	5
		Stesura percorso per il trattamento, la gestione e la diagnostica del TIA	PDTA		Stesura: entro 30.6.17	DG	Annuo	5



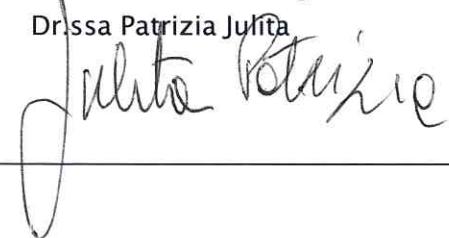
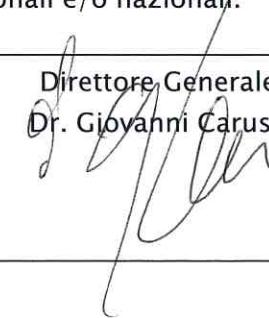
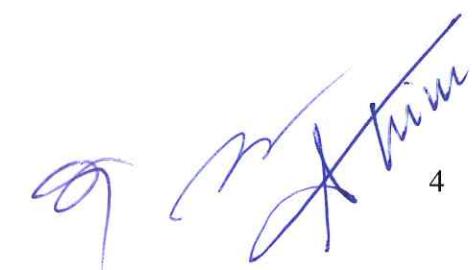
					Applicazione da luglio 2017			
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, in relazione all'appropriatezza prescrittiva.	Mantenimento Tempi attesa - 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		Adempimento 100% azioni	GP	Annuo	5



		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%	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, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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	RPCT	Sem. 8



	<p><i>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).</i></p> <p>Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.</p>			-31.12.2017			
Direttore ff Soc Neurologia Dr.ssa Patrizia Julita		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso					

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Julita Patrizia".A handwritten signature in black ink, appearing to read "Caruso Giovanni".A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Julita".

SOC: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE							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	16.089	9.300 *(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		10.518	>12.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Predisposizione e applicazione del PDTA adolescenti con condotte a rischio, in sinergia con la Soc Salute Mentale, la Soc Serd e la Sos Psicologia, svolgendo una funzione di coordinamento.	PDTA		Stesura. 30.6.17  Applicazione da luglio 2017	DG	Annuo	5
		DGR n. 22-178 in merito ai disturbi dello spettro autistico: stesura ed applicazione PDTA in sinergia con la Soc Salute Mentale, svolgendo una funzione di coordinamento.	PDTA		Stesura. 30.6.17  Applicazione da luglio 2017	DG	Annuo	7
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

R.M.D. 1



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 e 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
		- Partecipazione Gruppo di progetto "Coordinamento Territorio". * - Messa in atto delle azioni definite dai Gruppi di Progetto aziendali: - "Gruppo coordinamento ospedale" - "Gruppo sviluppo informativo nel territorio", "Flussi".	Presenza incontri *		90% * Applicazione 100 % azioni	GP	Annuo	5
		Collaborazione per la stesura/applicazione PDTA condiviso con la Soc Serv Ps Terr (che coordina), MCU, Geriatria, SERD, SPDC per l'assistenza di pazienti con gravi disturbi del comportamento.	Messa in atto azioni		Applicazione 100 % azioni	DG	Annuo	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

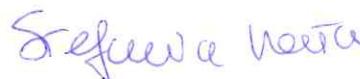
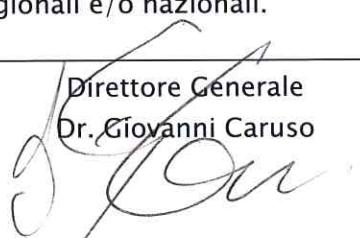
*S. Mazzoni*

2



		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	3
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.		Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	Individuazione, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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 ff Soc Neuropsichiatria Infantile Dr.ssa Stefania Vozza 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 
---	--



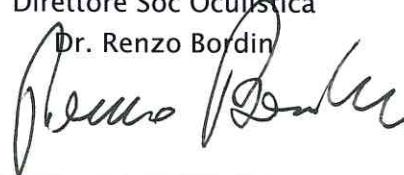
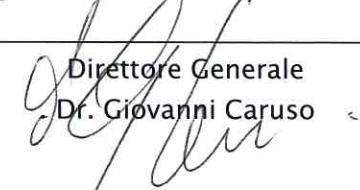
SOC: OCULISTICA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 progettato)	Standard 2017	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2017, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	817.205	720.000 *(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		10.959	13.000	CG	Trim.	7
		Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016.	Azioni		100%	DS	Trim.	1
3	Obiettivi specifici di Soc	Potenziamento offerta visite specialistiche oculistiche presso il PO di Verbania (solo consulenze per attività chirurgica).	Potenziamento visite		Da aprile 2017	DG	Annuo	5
		Attivazione/ripristino di un. 1 seduta operatoria di DS presso il Presidio di Verbania, iso risorse (merc. mattina), da realizzare al momento in cui sarà possibili attivare le nuove procedure chirurgiche.	Attivazione seduta operatoria		Al momento avvio nuove procedure chirurgiche	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

1

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"		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 alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.16 ed alla DD n. 81 - 8.2.17), con il coordinamento del Direttore di Diabetologia dell'ASL VCO.	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	DG	Annuo	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/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, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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 Oculistica Dr. Renzo Bordin 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 
---	--



SOC: ONCOLOGIA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 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, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	5.926.515	4.500.000 *(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	Peso medio DRG		1,49	>=1,50	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		124,09	>90	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		9,9	< 9	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		16.650	>23.000	CG	Trim.	2,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Incontri con i MMG per informarli circa il ruolo del CAS nella presa in carico del paziente oncologico, dall'inizio della malattia e lungo tutto il percorso	Incontri con MMG		3 incontri annui	DG	Annuo	5
		Proseguimento collaborazione con rete oncologica Piemontese.	Adempimenti Rete (anche con		Applicazione al 100%	DG	Annuo	5



		Messa in atto adempimenti di cui alla nota della Rete Oncologica prot. n. 19212 del 22.2.2017 di oggetto "indicatori funzionamento CAS 2017".	riferimento nota prot. 19212/2017)		adempimenti Rete			
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 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.	Messa in atto azioni		Applicazione 100%	Sos Diabetologia	Annuo	3
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 per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) -	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017	RPCT	Sem.	8



	<i>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).</i>		-31.12.2017			
--	--	--	-------------	--	--	--

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

Direttore sostituto Soc Oncologia  
Dr.ssa Paola Fedeli

Direttore Generale  
Dr. Giovanni Caruso



SOC: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 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	728.343	700.000 *(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	Peso medio DRG		1,77	>=1,70	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		73,93	>85	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		6,26	< 9	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		8.850	9.500	CG	Trim.	3,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Studio di fattibilità per l'attivazione e applicazione delle mini equipe per branche super specialistiche	Studio fattibilità		Entro il 31.5.2017	DG	Annuo	5
		Proposta di rimodulazione operativa dell'attività chirurgica sui due Presidi di Verbania e Domodossola con la creazione di poli di attività differenziata	Documento		30.6.2017	DG	Annuo	5

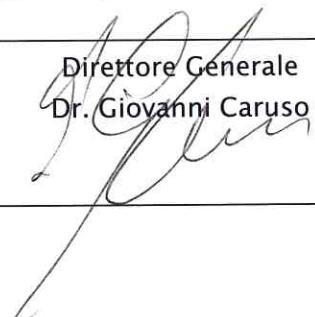
OGNI 1

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		Adempimento 100% azioni	GP	Annuo	5	
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla	Messa in atto azioni		Adempimento 100% azioni	Sos Diab	Annuo	3	



		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 particolare riferimento al piede diabetico.				etolo gia		
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 o trasparenza	Individuazione, <b>se ritenuto opportuno</b> , 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.	Predisposizione relazione		Date di consegna: -15.09.2017 -31.12.2017	RPCT	Sem.	8



		42 del 31.1.2017) e redazione di 2 relazioni annue in merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
Gli obiettivi potranno essere modificati, nel corso del 2017, per il sopraggiungere di indirizzi regionali e/o nazionali.								
Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Domodossola Dr. Alberto Uderzo 		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 						



4



SOC: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA							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	523.185	500.000 *(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	Peso medio DRG		1,99	>=1,70	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		88	>85	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		6,30	< 9	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		4.983	5.200	CG	Trim.	3,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Studio di fattibilità per l'attivazione e applicazione delle mini equipe per branche super specialistiche	Studio fattibilità		Entro 31.5.2017	DG	Annuo	5
		Proposta di rimodulazione operativa dell'attività chirurgica sui due Presidi di Verbania e Domodossola con la creazione di poli di attività differenziata	Documento		Entro 30.6.2017	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		Adempimento 100% azioni	GP	Annuo	5
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla	Messa in atto azioni		Adempimento 100% azioni	Sos Diab	Annuo	3



		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 particolare riferimento al piede diabetico.				etologia		
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 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.	8

O.M.K. 3



	merito agli adempimenti messi in atto (utilizzando uno schema proposto dal RPCT).						
--	---	--	--	--	--	--	--

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

Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Verbania

Dr. Alberto Uderzo

Direttore Generale

Dr. Giovanni Caruso



SOC. OSTETRICIA GINECOLOGIA							Obiettivi 2017	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2016 (dato al 30.9.16 proietta to)	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	649.438	823.000 *(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.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG		0,53	0,74	CG	Trim.	0,5
		Tasso occupazione posti letto		67,06	>85	CG	Trim.	0,5
		Degenza media		2,83	< 4	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		6.858	>= 8.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Coordinamento da parte della soc Ostetricia Ginecologia di un gruppo di lavoro interdisciplinare (diabetologo-internista - nefrologo - cardiologo) per gestire la patologia della gravidanza. Verrà predisposta una relazione semestrale in merito all'attività del gruppo.	Relazione		30.06.2017 31.12.2017	DG	Annuo	5



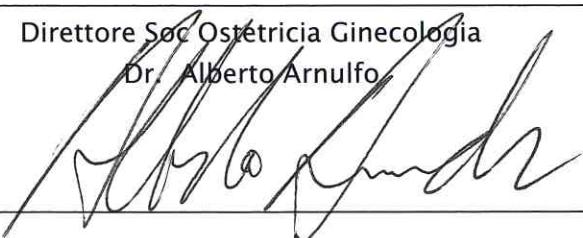
		Definizione di un protocollo per la gestione del lutto da morte fetale	Protocollo		31.10.2017	DG	Annuo	5
4	Efficienza	Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi U e B e messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio, in sinergia con la Sos Specialistica Ambulatoriale, 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	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".  Collaborazione per la messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologica (di cui alla DGR n.237-4072 del 17.10.16 ed alla DD n . 81-8.2.17) con il coordinamento del direttore Diabetologia.	Messa in atto azioni		Applicazione 100% azioni	Soc Anato mia Pat. * Sos Diabet ologia	Annuo	4,5
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

9 m/3



		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.								
<p>Direttore Soc Ostetricia Ginecologia Dr. Alberto Arnulfo</p> 					<p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p> 