

450

9 MAGGIO 2018

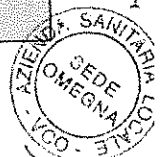
TUESDAY 6) COMPTON N. 144

Pagine

SOC ANATOMIA PATOLOGICA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	181.979	133.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.						
2	Governo produzione	N� prestazioni ambulatoriali	11.844	12.000	CG	Trim.	8
3	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio		semestrale	DG	Annuo	4
	Mantenimento monitoraggio dati di attivit� della Breast Unit interaziendale ASL VCO-NO (monitoraggio database SOTM e indicatori correlati)						
	Mantenimento percentuale concordanza diagnostica interaziendale su classificazione coliti e grading displasia polipi colorettali	% attuale 80%		80%	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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.						
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempestivit�		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.						



9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p>Direttore Soc Anatomia Patologica Dr. ssa Anna Maria Foscolo</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Capuso</p>							

SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicità a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	793.540	550.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Tasso occupazione posti letto	106,19	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media		8,8	<10	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali		2.277	2.500	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Speso 2017		< 2017	DC	Annuo	4
	Riduzione costi consulenze in anestesia per ricorso presso altre Aziende sanitarie.						
	Completamento progetto emergenza intraospedaliera con inserimento nuova scheda rilevazione parametri	Scheda		Entro il 31.12.2018	DC	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
5	Reclami	Risposta a 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.		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4

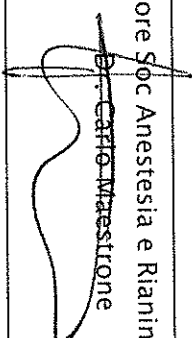
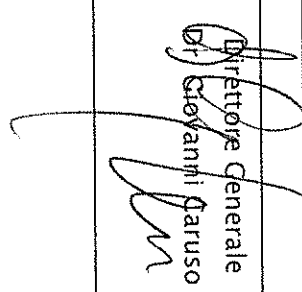




5

6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	
		Collaborazione al 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
		Messa in atto azioni/indirizzi formulati nell'ambito del Dipartimento di afferenza.	Messa in atto azioni		100% OK	DC	Annuo	3
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: Coordinamento progetto 3H "Inaugurazione nuova rianimazione-UTIC PO Verbania".	Relazione		15.4.2018 OK	DC	Annuo	5
		Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie"	Relazione		31.3.2018 OK	DC	Trim	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
		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
7	Risk management	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 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4

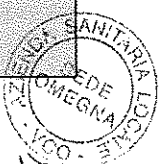


	(smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem. 8
<div>Direttore Soc Anestesia e Rianimazione  Dr. Carlo Maestroni</div> <div>Direttore Generale  Dr. Giovanni Faruso</div>							

Sos DIP ATTIVITA' CONSULTORIALE

Obiettivi
2018

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	176.506	180.000	CC	Trim.	16
2	Obiettivi specifici di Soc	Apertura consultorio giovani in almeno una sede consultoriale.	Apertura		30.11.2018	DC	Annuo	5
		Attivazione ambulatorio menopausa.	N� visite effettuate/N� visite richieste(in valore assoluto)		100%	DC	Annuo	3
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	5
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale; e collaborazione per la realizzazione del progetto 1H "Accreditamento UNICEF Ospedale Amico dei bambini" - Area territorio: 2T "Ambulatorio adolescenti presso la	Collaborazione		100%	DC	Trim.	7





		Casa della Salute" - Area Dipsa: 1D "Sonia".						
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento territorio".	Presenza incontri		90% incontri	DC	Trim.	4
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DC	Mens.	7
6	Risk management	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
		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	5
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	6
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15



8	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<div>Direttore Sos Dip. Attività Consultoriale Dr.ssa Laura Minioni</div> <div>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</div>							

Soc CARDIOLOGIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	4.095.710	4.100.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG	2,07	>1,80	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		103,79	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media		5,45	<6,50	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		12.880	13.500	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	ECG refertati		90% ECG refertati entro 24 h da esecuzione	DG	Annuo	6
	Attivazione agenda istituzionale di cardiologia a CUP per test ergometrico ed attivazione di agenda esclusiva di cardiologia per controlli brevi programmati dopo la dimissione.	Attivazione agende		Entro 31.10.2018	DG	Annuo	2
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve	Risposta a segnalazioni/	entro 10 giorni da ricevimento	U.R.P	Sem.	4





		pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	reclami		lettera U.R.P.			
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: : e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete" e 3H "Inaugurazione nuova Rianimazione-UTIC Po Verbania".	Collaborazione		100%	DG	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	2
7	Risk management	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione aziendale	DC	Annuo	4
		Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4

		Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.					
		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 2018 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	31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem. 8
<p>Direttore Soc Cardiologia Dr. Alessandro Lupi</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p>							

Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	633.516	700.000	CG	Trim.	16
2 Governare la produzione	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N� prestazioni ambulatoriali		1,74 99,14 7,83 4,282	1,45-1,70 >90 <7,94 >5.500	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2
3 Obiettivi specifici di Soc	Incremento attivit� chirurgica: DRG 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso COQ) in relazione al N� di sedute delle sale operatorie disponibili. Messa in atto delle azioni definite dalla rete Oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Aumento sedute Aumento attivit� Adempimenti		>2017 100%	DG DG	Annuo Annuo	4 4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sosd Diab etologia	Annuo	3
7	Risk management	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5
		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



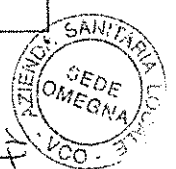
	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.18	PP/M C	Annuo	4
8	Qualità	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
	Si rinvia alla scheda allegata.					
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.					
Direttore Soc Chirurgia Generale Verbania Dr. Francesco Arceci						
Direttore Generale Dr. Giovanni Catuso						

Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	548.933	450.000	CC	Trim.	16
2 Governare la produzione	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N� prestazioni ambulatoriali		1,78 92,13 7,44 3,260	1,45-1,70 >90 <7,94 3.800	CC CC CC CC	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2
3 Obiettivi specifici di Soc	Incremento attivit� chirurgica: DRG 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso COQ) in relazione al N� di sedute delle sale operatorie disponibili. Messa in atto delle azioni definite dalla rete Oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Aumento sedute Aumento attivit� Adempimenti		>2017 100%	DG DG DG	Annuo Annuo Annuo	4 4 4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri	90% incontri	DG	Trim.	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni	100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	3
7	Risk management	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5
		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 2018 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	31.12.18	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/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p>Direttore Soc Chirurgia Generale Domodossola Dr. Francesco Arceci</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p>							

Sos DIP DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit�� controllo	Peso
1 Obiettivi specifici di Soc	Attivazione del ricovero notturno almeno 3 giorni alla settimana.	Ricovero notturno		Almeno 3 notti a sett.	DG	Annuo	31
2 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	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.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	5
	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale " Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	6
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	6
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5





		collaboratori.							
		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.							
5	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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.	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	6	
			Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	6	
6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15	
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8	
Direttore Sos Dip. Day surgery multidisciplinare Dr. Fabio de Cesare									
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso									

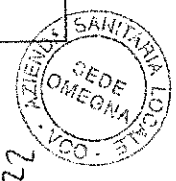
Fabio de Cesare

OBIETTIVI SOC E SOS DIP AFFERENTI IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**OBIETTIVI
2018**

OBIETTIVI strategici	OBIETTIVI operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo complessivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget 1.431.230	1.432.000 (da rivalutare in base all'incremento delle vaccinazioni per l'anno 2018)	CG	Trim.	16
2	Governo produzione	Si rinvia alla scheda allegata che riporta gli obiettivi di attività da produrre da parte di ciascuna Struttura afferente il Dipartimento.	Attività programmate	Messa in atto attività 100%	CG	Trim.	24
3	OBIETTIVI specifici di Soc	Adozione ed applicazione del Piano Locale della Prevenzione 2018.	Piano	Rispetto scadenza regionale	DG	Annuo	4
		Rendicontazione azioni relative agli obiettivi del Piano Locale della Prevenzione 2018.	Relazione	Rispetto scadenza regionale	DG	Annuo	4
4	OBIETTIVI Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4





	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Prevenzione: progetto 1P coordinato Sos Sian "Procedura di intervento in caso di episodi di malattie trasmesse da alimenti in orario di servizi ed in regime di pronta disponibilità" (Strutture coinvolte: SISP- Strutture Veterinarie)	Relazione (coordinamento) Collaborazione	100%	DC	Trim.	5
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilatione scheda	Rilevazione trimestrale	DC	Trim.	4
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DC	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. Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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.	Indicatori regionali Relazione	Parametri Regionali 31.12.18	E.P. Q.A PP/M C	Annuo	4

8	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni		1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	8
			2. Relazioni		2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			
		D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	4
Referente Dipartimento di Prevenzione Dr. Paolo Ferrari								
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso								

OGGETTO: OBIETTIVI DI PRODUZIONE DELLE SOC/SSD DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ANNO 2018

SERVIZI D/P	OBIETTIVO 2017	DESCRIZIONE	INDICATORE	STANDARD	PESO	RESPONS. 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/selvicultura	0,3	100% dei controlli	70%	DIR SOC SPRESAL
SPRESAL	Organizzare Un evento formativo/informativo volto a promuovere la sicurezza e la salute dei lavoratori nel comparto dell'agricoltura.	predisporre le azioni per realizzare un evento formativo/informativo sul tema della sicurezza e salute dei lavoratori nel comparto dell' agricoltura.	organizzazione di almeno un evento formativo/informativo	100% = 1 evento formativo nel comparto dell'agricoltura	30%	DIR SOC SPRESAL
MEDICINA LEGALE	Smaltire tutte le richieste di visita domiciliare per l'accertamento dello stato di invalido civile/ portatore di handicap grave.	garantire l'evasione di tutte le richieste di visite domiciliari per l'accertamento dello stato di invalido civile/potatore di handicap grave, che devono essere eseguite entro i 15 gg, nel caso trattasi di malati oncologici (ai sensi della L. 80/2006) e entro 30 gg. Negli altri casi garantire la propria partecipazione ai Comitati Tecnici Territoriali in collaborazione con il Centro per l'Impiego	esecuzione delle visite domiciliari richieste nei tempi previsti	100%	65%	RESP SSD MEDICINA LEGALE
MEDICINA LEGALE	Partecipare ai "Comitati Tecnici Territoriali" di cui alla Delibera della Giunta Regionale del 29.05.2017 n° 21-5113, in collaborazione con il Centro per l'Impiego		partecipazione ai Comitati Tecnici	100%	35%	RESP SSD MEDICINA LEGALE
SPV AREA B	verifica sulla corretta etichettatura nei prodotti della pesca, negli stabilimenti muniti di bollo CE	assicurare che vi sia la corretta indicazione in etichetta, degli additivi chimici presenti nei prodotti della pesca negli stabilimenti muniti di bollo CE	n° di controlli sugli impianti / sul totale degli impianti muniti di bollo CE	n. 2 impianti su 4 da controllare	25%	RESP SSD SPV AREA B



SPV AREA B	verifica sulla corretta etichettatura nei prodotti della pesca, negli spazi di pescheria al dettaglio	assicurare che vi sia la corretta indicazione degli additivi chimici consentiti, nei prodotti della pesca venduti negli spazi di pescheria al dettaglio (a servizio assistito o preincartati)	n.° di controlli sui laboratori di pescheria / sul totale dei laboratori di pescheria annessi allo spaccio.	n. 6 controlli sul totale di 19 esercizi di pescheria	35%	RESP SSD SPV AREA B
SPV AREA B	verifica del corretto impiego degli additivi chimici nei laboratori di produzione delle carni preparate e salsicce fresche	assicurare la verifica del corretto impiego di additivi chimici, nei laboratori di produzione delle carni preparate e salsicce fresche	n.° di controlli sui laboratori di carni preparate / sul totale dei laboratori.	n. 6 controlli sul totale di 18 laboratori di carne preparata	40%	RESP SSD SPV AREA B
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 2018	valutazioni dei menu pervenuti al servizio e diete speciali per allergie, intolleranze e motivi etico-religiosi (100% di verifiche sulle richieste pervenute).	(100% di verifiche sulle richieste pervenute).	60%	DIR SOC SIAN
SIAN	Attuare campionamento per la ricerca della radioattività nelle acque potabili .	pianificare l'attività di campionamento per la ricerca di radioattività nelle acque potabili	esecuzione dei campioni previsti dal Piano Regionale di campionamento radioattività nelle acque potabili	(100% dei campioni previsti dal piano regionale di campionamento radioattività nelle acque potabili.	40%	DIR SOC SIAN
SPV AREA A	Vigilanza negli allevamenti di equidi sulla corretta identificazione e registrazione del bestiame	attuare la vigilanza negli allevamenti	effettuare la percentuale richiesta (5%) di controlli programmati in allevamenti individuati sulla base dell'analisi di rischio locale.	Esecuzione del 100% dei controlli ufficiali programmati, relativi alla corretta identificazione e registrazione del bestiame negli allevamenti di equidi.	60%	DIR SOC SPV AREA A



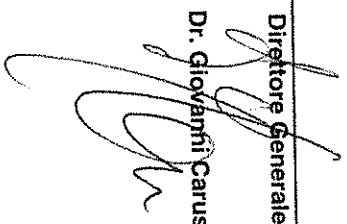
SPV AREA A	Rispetto del Piano di eradicazione della tubercolosi bovina, al fine del mantenimento della qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne		100% aziende e capi controllati/controllabili su base biennale - Aziende UI oltre il 99,9%	100% aziende UI al 31.12.2018- mantenimento della qualifica di territorio UI da TBC.	40%	DIR SOC SPV AREA A
SPV AREA C	Aggiornare modulistica internet destinata all'utenza di SPV Area C	creazione, nell'ambito del sito web aziendale, di una modulistica riguardante l'avvio degli esercizi di toelettatura, commercio e addestramento degli animali d'affezione	introduzione della modulistica SPV C sul sito web aziendale	100% = (creazione cartella su sito web ASL VCO)	60%	RESP SPV AREA C
SPV AREA C	Mantenere l'allineamento delle banche dati SPV C	mantenere l'allineamento delle due banche dati ARVET e VETALIMENTI	100%	100%	40%	RESP SPV AREA C
SISP	Organizzare incontri/eventi formativi su tematiche di prevenzione dei rischi domestici	predispone azioni al fine di realizzare incontri/eventi formativi	n° eventi/incontri formativi sul tema degli incidenti domestici	almeno un evento formativo	30%	RESP SSD SISP
SISP	Redigere linee guida per la gestione della pratica vaccinale e la effettuazione delle vaccinazioni nella SSD Igiene e Sanità Pubblica	predispone le azioni volte alla elaborazione di un documento che contenga le linee guida sulla pratica vaccinale e l'esecuzione delle vaccinazioni	elaborazione di un documento per linee guida pratica vaccinale	100% = stesura di un documento	70%	RESP SSD SISP

Referente di Dipartimento

Dr. Paolo Ferrari


Direttore Generale

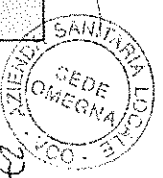
Dr. Giovanni Caruso


 Dr. Giovanni Caruso

Soc DI.P.SA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	17.532	21.000	CC	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
2	Obiettivi specifici di Soc	Attivazione percorso formativo		Almeno 4 corsi nel 2018	DC	Annuo	4
	Planificazione assistenziale attraverso la cartella infermieristica PHI: attivazione del percorso formativo						
	Introduzione della scheda unica di terapia informatizzata	Attivazione entro 30.9.18/ Valutazione Ott-Dic		In almeno 2 UU.OO. di degenza	DC	Annuo	4
3	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
4	Reclami	Risposta a segnalazioni/ reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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.						
5	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.						
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area territorio: e collaborazione per la realizzazione del progetto 4T "Telemedicina: monitoraggio pazienti diabetici, scompenso BPCO" - Area amministrativa: partecipazione	Collaborazione Relazione (coordinamento)		100% 15.4.2018	DG	Annuo	5



6	Risk management	al progetto 2A" Censimento inventario fisico dei beni mobili" - Area ospedaliera: partecipazione progetto 2H "Elettrocardiografi in rete" - "Area Dipsa: coordinamento progetti: 1D "Sonia" 2D "Sanità iniziativa Scegli di star bene" 3D "Gestione integrata tra ospedale e territorio della malattia renale cronica".						
		Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali: "Coordinamento territorio" - "Coordinamento Ospedale" - "Revisione procedure Medico Competente" - "Coordinamento e sviluppo camere operatorie" - "Cittadini e pazienti".	Presenza incontri		90% incontri	DC	Trim.	6
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dai Direttori di Dipartimento.	Messa in atto azioni		100%	DC	Annuo	3
		Definizione del fabbisogno formativo di base in materia di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi e pianificazione del percorso formativo, in sinergia con la Soc Gestione personale e Formazione, la Soc DSO, la Sos in staff Prevenzione e Protezione.	Definizione fabbisogno/pianificazione percorso		30.6.2018	DC	Sem.	9
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	6
		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 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla	Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	4

	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem. 8
Direttore Soc Di.p.SA Dr. Marcello Senestraro							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso							

SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi specifici di Soc	Verifica ed eventuale revisione della procedura aziendale PO 27-0UP 09 Rev. 2016 "Procedura gestione consenso informato" per applicazione della legge n. 219 del 22.12.2017.	Nuova procedura	Entro il 30.9.2018	DG	Annuo	4
	Stesura e recepimento regolamento attività obitori ospedalieri.	Regolamento		Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
2	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	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.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: collaborazione per la realizzazione del progetto 4T "Telemedicina: monitoraggio pazienti diabetici, scompenso BPCO"	Collaborazione	100%	DG	Annuo	5
		Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Ospedale"	Relazione	31.3.2018	DG	Trim.	8
		Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali "Flussi", "Sviluppo infrastrutture informative territorio-ospedale",	Presenza incontri	90% incontri	DG	Trim.	4



5	Risk management	"Coordinamento e sviluppo camere operatorie", "Cittadini e pazienti".						
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DC	Mens.	4
		Definizione del fabbisogno formativo di base in materia di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi e pianificazione del percorso formativo in sinergia con Soc Gestione Personale e Formazione, Sos in staff Prevenzione e Protezione, Soc Dipsa.	Definizione fabbisogno/pianificazione percorso		30.6.2018	DC	Sem.	9
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annua	4
		Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenza	DC	Annua	6
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	Annua	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annua	4

6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
		D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Pubblicazione	Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	5
<p>Direttore Soc Direzione Sanitaria presidi ospedalieri Verbania-Domodossola Dr. Francesco Garuffi</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p>							

Soc DISTRETTO VCO

Obiettivi 2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Monitoraggio e controllo del budget assegnato alla Soc Gat, alla Soc Serd, alla Soc Servizio Salute Mentale Territoriale. Rispetto del budget per beni e servizi (comprensivo della spesa farmaceutica) assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018	Monitoraggio	Trim.	CG	Trim.	21
2	Obiettivi specifici di Soc	Riorganizzazione dell'attivit� riabilitativa territoriale (residenziale e domiciliare) in sinergia con la Soc GAT.	Riabilitazione domiciliare	Copertura 60% territorio VCO con riab. dom.	DC	Annuo	6
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: coordinamento progetti 3T "Pallium" e 4T "Telemedicina: monitoraggio pazienti diabetici, scompenso BPCO" - Area Dipsa: collaborazione per la realizzazione dei progetti 2D "Sanit� di iniziative Scegli	Relazione Collaborazione	15.4.2018 100%	DC	Annuo	5

		di star bene" e 3D "Gestione integrata tra ospedale e territorio della malattie renale cronica"						
		Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio"	Relazione		31.3.2018	DC	Trim.	3
		Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali "Flussi", "Sviluppo infrastrutture informative territorio-ospedale".	Presenza incontri		90% incontri	DC	Trim.	2
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DC	Mens.	3
		Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenza	DC	Annuo	5
6	Risk management	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza del lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
		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 2018 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		31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	6
		D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Pubblicazione	Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	6
<div>Direttore Sod Disfetto VCO Dr. Bartolomeo Ficili</div> <div></div> <div>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</div> <div></div>							

Sos Dip ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Obiettivi
2018

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicità a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget	414.415	190.000	CG	Trim.	16
			Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		6.306	>6.000	CG	Trim.	5
3	Obiettivi specifici di Soc	Organizzazione percorso formativo, in collaborazione con la Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza, sulle urgenze emorragiche del tratto digestivo superiore.	Percorso formativo		Almeno n. 2 edizioni corso entro il 31.12.2018	DG	Annuo	8
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali. Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile	Rispetto contenuti/tempistica Recupero dati produzione		Applicazione 100% Prestazioni perse < 5%	CG/I CT CG	Annuo Annuo	4 4





9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Sos Dip. Endoscopia Digestiva Dr. Giuseppe Facciotto							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso							

SOC FARMACIA							Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	7.427.278	7.200.000	CG	Trim.	14
	Gestione del target spesa farmaceutica 2018.	Monitoraggio		Trim.	F	Trim.	4	
2	Obiettivi specifici di Soc	Incentivare e incrementare le segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR) da parte degli operatori sanitari dell'ASL VCO mediante la realizzazione di incontri informativi/formativi con un Referente per ciascuna Struttura ospedaliera.	Incontri	Almeno n. 4 incontri annui	DG	Annua	4	
	Verifica e gestione sistematica dei trattamenti con farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA al fine di chiudere le schede AIFA e richiedere il rimborso secondo gli accordi MEAS.	N� richieste di rimborso inviate da Farmacia/Note credito ricevute	100%	DG	Annua	4		
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annua	8	
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annua	3	

		Collaborazione al 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
		Monitoraggio azioni previste nel piano di efficientamento 2018 e per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale e dei dispositivi medici	Relazione/report		30.6.18/30.9.18 /31.12.18	DT	Trim.	5
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Flussi".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	3
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DG	Mens.	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	4
	Azioni strategiche aziendali	Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenza	DG	Annuo	5
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
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"								
Sostituto Direttore SOC Farmacia Dr. ssa Paola Allegri			Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso					

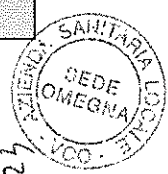
Paola Allegri

Giovanni Caruso

Soc GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	232.610.061	232.615.000	CC	Trim.	16	
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3	
2	Governo produzione	ADI casi	N� casi	359	> 2017	Progr am	Sem.	0,5
		SID casi	N� casi	2.066	> 2017	a	Sem.	0,5
		ADP casi	N� casi	8165	> 2017	Aster	Sem.	0,5
3	Obiettivi specifici di Soc	Riorganizzazione dell'attivit� riabilitativa territoriale (residenziale e domiciliare) in sinergia con la Soc Distretto VCO.	Riabilitazione domiciliare	Copertura 60% territorio VCO con riab. dom.	DC	Annuo	6,5	
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8	
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempi	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	2	





aziendali		stica						
	Collaborazione al 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	3	
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: coordinamento progetti 1T "Farmacia dei Servizi". Collaborazione per la realizzazione dei progetti 3T "Pallium" 4T "Telemedicina: monitoraggio pazienti diabetici, scompenso BPCO" - Area Dipsa: partecipazione progetti 2D "Sonia" 3D "Gestione integrata tra ospedale e territorio della malattie renale cronica".	Relazione Collaborazione		15.4.2018 100%	DG	Annuo	5	
	Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Sviluppo infrastrutture informative territorio-ospedale".	Relazione		31.3.2018	DG	Trim.	3	
	Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali "Flussi", "Coordinamento Territorio" " Cittadini e pazienti".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	1	
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DG	Mens.	2	
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	4	
	Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenza	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	3
		Messa in atto azioni individuate dall'UPRI per il monitoraggio delle attività relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ambito territoriale.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo	4
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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.	Messa in atto azioni UPRI		Applicazione 100% azioni	UPRI	Annuo	3
8	Qualità	Si rinvià alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	7
		D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e	RPCT	Annuo	5



		sezione "Amministrazione Trasparente"				completo			
Direttore Soc Gestione Attività Territoriale Dr. Romano Ferrari									
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso									

SOC GERIATRIA

Obiettivi
2018

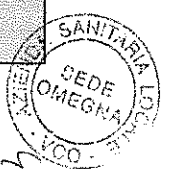
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	117.638	128.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		12.760	> 13.000	CG	Trim.	7
	N� prestazioni ambulatoriali						
3	Obiettivi specifici di Soc	Realizzazione corso		Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
	Realizzazione di un corso per i familiari dei malati affetti da demenza.						
	Realizzazione di un corso di stimolazione per la memoria a pazienti con deficit cognitivi lievi.	Realizzazione corso		Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
	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.						
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempestivit�		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	5
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.						



		Collaborazione al 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: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DC	Annuo	6
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DC	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. Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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.	Indicatori regionali Relazione	Parametri Regionali 31.12.18	E.P. Q.A. PP/M C	Annuo	4 6
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15



9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore aff. temp. Soc. Geriatria Dr. Fabio Di Stefano 							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 							



SOC LABORATORIO ANALISI

Obiettivi 2018							
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicità a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	2.574.409	2.500.000	CC	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		1.030.084	>1.300.000	CC	Trim.	8
	N° prestazioni ambulatoriali						
3	Obiettivi specifici di Soc	Invio informativa		100% MMG/Pls entro 31.12.18	DC	Annuo	4
	Miglioramento appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio dei MMG/Pls (DGR n. 15-7486/2014) e riduzione errori nella compilazione della ricetta dematerializzata: predisposizione informativa per MMG/Pls tramite sistemi di posta elettronica.						
	Mantenimento del dialogo con i Clinici comunicando i valori critici sia ai Reparti e servizi ospedalieri sia ai MMG/Pls.	Relazione		31.12.2018	DC	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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.						

6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	6
		Collaborazione al 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%	CC	Annuo	8
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	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 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4



8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p>Direttore Soc Laboratorio Analisi Dr. Nino Cappuccia</p> <p><i>Nino Cappuccia</i></p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Garuso</p> <p><i>Giovanni Garuso</i></p>							

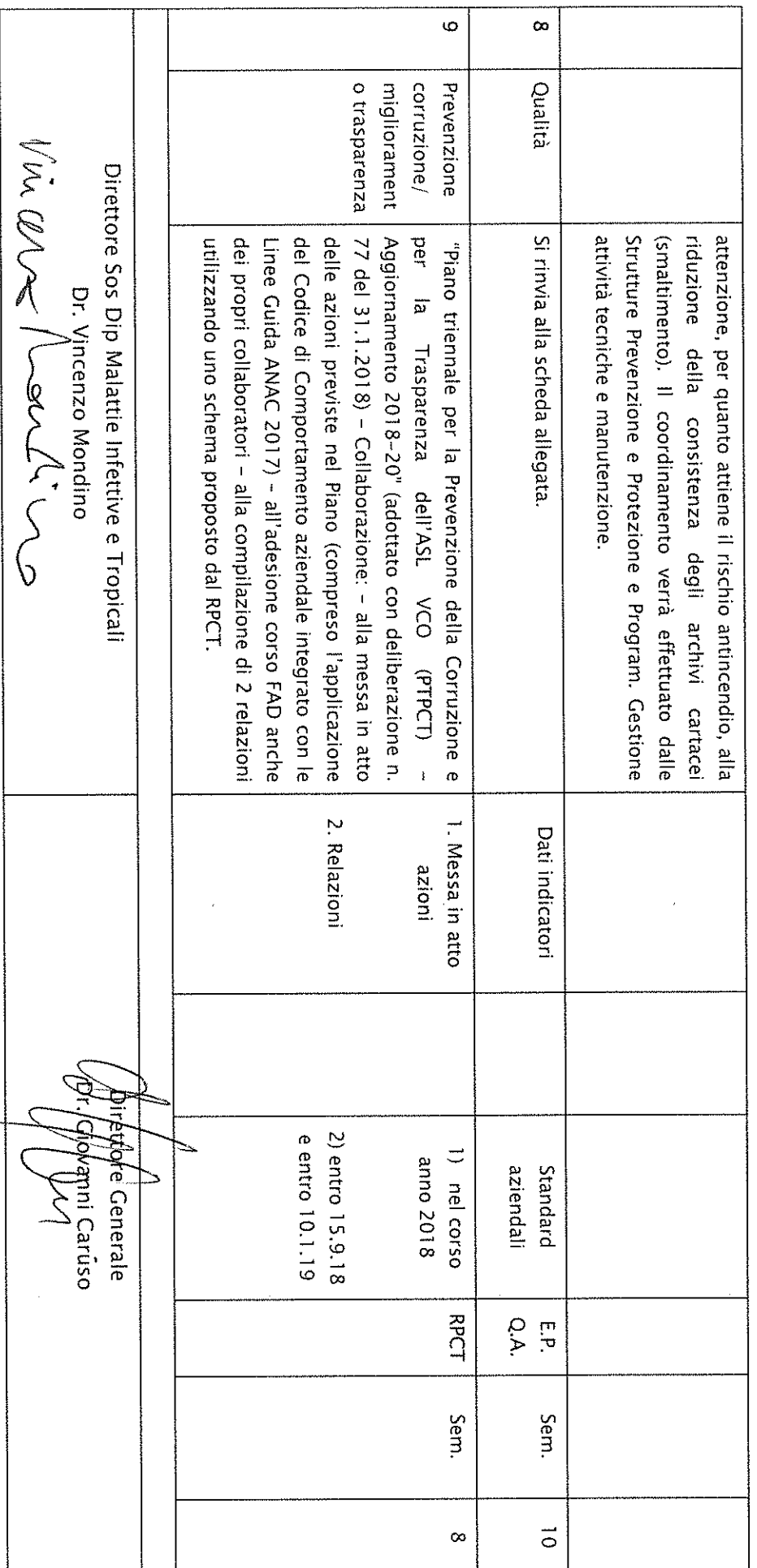
Sos Dip MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	1.631.585	1.740.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG	1,75	>1,90	CG	Trim.	1
	Degenza media		8,76	<11	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		3.683	> 4.500	CG	Trim.	5
3	Obiettivi specifici di Soc	Incontri rivolti ai MMG		50% MMG ASL VCO partecipanti agli incontri	DC	Annuo	6
	Organizzazione di incontri con i medici di medicina generale sul problema della resistenza antimicrobica. Indicazione di terapia antibiotica per le pi� comuni sindromi infettive (infezioni vie urinarie, altre e basse vie respiratorie).						
	Manuale di terapia antibiotica. Aggiornamento 2018 e presentazione ai medici ospedalieri.	Incontri rivolti ai Medici ospedalieri		50% medici osp. partecipanti agli incontri	DC	Annuo	6
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4



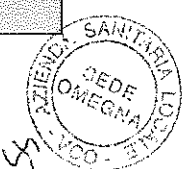
		inviata dall'U.R.P.							
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3	
		Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con 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	
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: : e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Collaborazione		100%	DG	Annuo	5	
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b.presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	4	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	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 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare	Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	4	



Sos Dip MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA

**Obiettivi
2018**

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit à controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	300.108	250.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali	17.332	18.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Inserimento nuovi pazienti diabetici nel progetto di gestione integrata condiviso con i MMG	Aumento nuovi pazienti	+ 3% rispetto al 2017	DG	Annua	6
	Attuazione Determinazione regionale n. 709 del 13.11.2017 PDTA Diabete mellito (avvio del Cas - incontri con MMG in merito all'applicazione PDTA)	Relazione		31.12.2018	DG	Annua	6
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annua	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annua	3



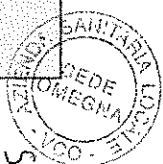


		Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CC	Annuo	4
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a. messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
		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 dell'8.2.2017) svolgendo l'attività in sinergia con le strutture aziendali coinvolte.	Relazione		31.12.2018	DC	Annuo	11
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 2018 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		31.12.18	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 o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p>Direttore Sos Dip Malattie Metaboliche e Diabetologia Dr. Giuseppe Placentino</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p>								


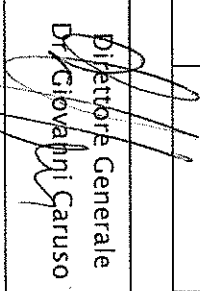
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA

Obiettivi
2018



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	1.486.605	1.240.000	CC	Trim.	16
2 Governare produzione	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N� prestazioni ambulatoriali		1,55 88,14 11,68 4.023	>1,60 >90 <=11 > 5.000	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2
3 Obiettivi specifici di Soc	Progressiva riduzione della degenza media al fine di un allineamento allo standard regionale (< 11). Valore degenza media da raggiungere al 31.12.2018 11,50. Incontri formativi gestiti dal Direttore di Struttura per completare la formazione del personale (medico e infermieristico) della Struttura in merito all'utilizzo del ventilatore, in uso nel reparto, per ventilazione non invasiva NIV nelle modalit� BPAP e CPAP.	Parametro da raggiungere Incontri formativi		11,50	DC DC	Annuo Annuo	4 4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8

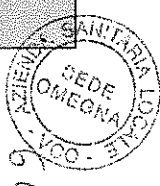
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: : e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Collaborazione	100%	DG	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni	100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	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 2018 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		31.12.18	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 o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Soc Medicina Interna Domodossola Dr.ssa Maria Adele Moschella  Direttore Generale Dr. Giovanni Garuso 								

Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo complessivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.041.513	1.182.000	CG	Trim.	16
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2 Governare la produzione	Peso medio DRG		1,41	> 1,60	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		101	> 90	CG	Trim.	1
	Degenza media		13,93	<= 11	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		1.448	2.000	CG	Trim.	2
3 Obiettivi specifici di Soc	Predisposizione e presentazione di un manuale interno per dosi e velocit� d'infusione per i farmaci per le urgenze mediche	Presenza manuale/Incontri presentazione		Entro il 31.12.18 incontri di presentazione con partecipazione del 95% del personale	DC	Annuo	4
	Aggiornamento interno Dirigenti medici Soc Medicina per paracentesi, toracentesi e interpretazione emogasanalisi.	Incontro con Dirigenti medici Soc Medicina		Entro il 31.12.2018 100% partecipazione medici	DC	Annuo	4



4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/1 CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Collaborazione	100%	DC	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a. messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 del 8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni	100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	3

		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	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 2018 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		31.12.18	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 o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8



		utilizzando uno schema proposto dal RPCT.							
Direttore Soc Medicina Interna Verbania Dr. Fabio Di Stefano									
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso									

SOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA

Obiettivi
2018

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	1.351.777	1.300.000	CG	Trim.	16
2	Governo produzione	N� prestazioni ambulatoriali		162.721	>160.000	CG	Trim.	3
3	Obiettivi specifici di Soc	Redazione e condivisione di N. 2 PDTA: 1. PDTA in merito agli accertamenti radiologici nel paziente politraumatizzato. 2. PDTA sulla gestione dell'insufficienza respiratoria	PDTA condivisi		Redazione entro il 31.12.18	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Organizzazione percorso formativo, in collaborazione con la Sos Dip. Endoscopia Digestiva, sulle urgenze emorragiche del tratto digestivo superiore.	Percorso formativo		Almeno n. 2 edizioni corso entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
5	Reclami	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
		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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei	Rispetto		Applicazione	CG/I	Annuo	3





strategie aziendali	flussi informativi regionali e/o nazionali.	contenuti/tempiistica	100%	CT		
		Recupero dati produzione	Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4
	Collaborazione al 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)					
	Messa in atto azioni/indirizzi formulati nell'ambito del Dipartimento di afferenza.	Messa in atto azioni	100%	DG	Annuo	2
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: Coordinamento progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Relazione	15.4.2018	DG	Annuo	5
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni	100%	Sos Diabetologia	Annuo	2
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilatione scheda	Rilevazione mensile	DG	Mens.	3
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione aziendale	DG	Annuo	4
7	Risk management	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4
		Parametri regionali	100%	UPRI	Annuo	4

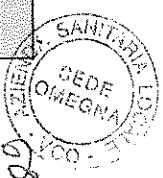


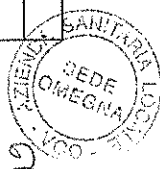
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.18	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/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<div>Direttore Soc-Medicina e Chirurgia d'Urgenza Dr. Paolo Gramatica</div> <div>Direttore generale Dr. Giovanni Caruso</div>							

Soc NEFROLOGIA DIALISI

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicità a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget	2.078,281	2.300.000	CG	Trim.	16
		Azioni			F	Trim.	3
2 Governare la produzione	Peso medio DRC		1,76	>1,65	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		88,85	>85	CG	Trim.	1
	Degenza media		9,35	<10	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali		4.381	> 4.500	CG	Trim.	2
3 Obiettivi specifici di Soc	Prevenzione e rallentamento della malattia renale cronica, con particolare attenzione al trattamento conservativo (dieta ipoproteica eventualmente supplementata con chetoanaloghi), nel paziente grande anziano (>80 anni) con IRC stadio 5.	Pazienti > 80 anni con IRC stadio 5		>= 70% dei pazienti coinvolti	DC	Annuo	4
	Completa messa in opera del PDTA per la gestione integrata ospedale/territorio della malattia renale cronica in collaborazione con i MMG da realizzare attraverso la completa presa in carico, da parte degli ambulatori di nefrologia, di pazienti in stadi IIIb fast progressor-IV-V) necessitanti di follow up specialistico ad hoc.	Presa in carico di pazienti in stadi IIIb fast progressor-IV-V		100%	DC	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-	DC	Annuo	8





		184 del 28.2.2018.			6421/2018	U.R.P	Sem.	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.			
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CC/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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%	CC	Annuo	4
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: e collaborazione per la realizzazione dei progetti 2H "Elettrocardiografi in rete" e 3D "Gestione integrata tra ospedale e Territorio della Malattia renale cronica".	Collaborazione		100%	DG	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sosd Diab etologia	Annuo	3

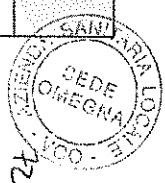
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	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 2018 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		31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8



Direttore Soc Nefrologia Dialisi Dr. Maurizio Borzumati <i>Maurizio Borzumati</i>							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso <i>Giovanni Caruso</i>							

Soc NEUROLOGIA

Obiettivi
2018



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	497.490	520.000	CC	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		1,63	>1,50	CG	Trim.	1
	Peso medio DRG						
	Tasso occupazione posti letto		96,89	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media		10,15	<11	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		6,087	>7.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Attivazione		Entro 31.12.2018	DG	Annuo	6
	Completamento PDTA TIA con attivazione di OBI neurologica.						
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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.						
6	Azioni strategiche	Rispetto contenuti/tempi		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.						

aziendali	Collaborazione al 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)			Prestazioni perse < 5%			Annuo	4
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".			100%		DC	Annuo	5
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%		DC	Annuo	3
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%		Sosd Diab etolo gia	Annuo	3
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto normativa aziendale		DC	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 2018 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	31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<div>Direttore Soc Neurologia Dr.ssa Patrizia Juvita <i>Patrizia Juvita</i></div> <div>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso <i>Giovanni Caruso</i></div>							

SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

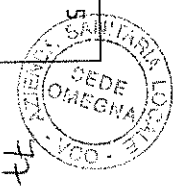
Obiettivi
2018

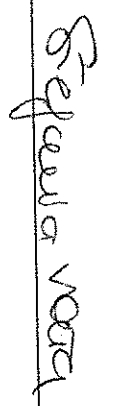
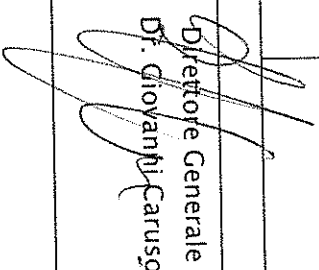
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	5.464	9.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	N� prestazioni ambulatoriali	10.536	>11.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	PDTA		Entro 30.9.18 stesura PDTA/Valutazione applicazione ott-dic	DG	Annuo	5
	Stesura e applicazione PDTA su follow up prematuri e di basso peso alla nascita finalizzato alla costituzione di un ambulatorio dedicato con la Pediatria.						
	Aggiornamento protocollo 2004 sulle attivit� dell'equipe multidisciplinare "Maltrattamento e abuso sui minori" e verifica applicazione.	Aggiornamento		Entro 31.7.18 stesura protocollo/Valutazione ott-dic	DG	Annuo	5
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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	3
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: coordinamento progetto 2T "Ambulatorio adolescenti presso la Casa della Salute" -Area Ospedale: ; e collaborazione per la realizzazione del progetto 1H "Accreditamento UNICEF Ospedale amico dei bambini".	Relazione Collaborazione	15.4.2018 100%	DC	Trim	5
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Presenza incontri	90% incontri	DC	Trim.	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DC	Annuo	3
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet. Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Compilazione scheda Partecipazione corsi	Rilevazione mensile Rispetto programmazione e aziendale	DC	Mens. Annuo	3 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	5
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore SOC Neuropsichiatria Infantile Dr.ssa Stefania Vozza 								
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 								

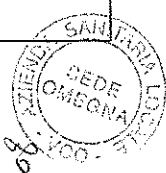


SOC OCULISTICA

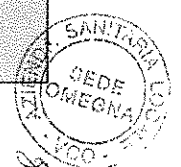
SOC OCULISTICA							Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit à controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	806.037	720.000	CG	Trim.	16	
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.							
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3	
2	Governo produzione		13.283	13.900	CG	Trim.	6	
	N° prestazioni ambulatoriali							
3	Obiettivi specifici di Soc	Tempi attesa		Entro 30 giorni	DC	Annuo	6	
	Apertura agenda CUP dedicata ai controlli settimanali (OCT e visite) post-trattamento patologie maculari (iniezioni intravitreali) PO Domodossola, contenendo i tempi di attesa entro i 30 giorni (ottimali per la valutazione dell'efficacia delle terapie e della eventuale necessità di ritrattamento).							
	Riduzione dei tempi di attesa per trattamenti intravitreali presso il PO di Domodossola. Ad oggi il tempo di attesa dal momento di reclutamento del paziente al trattamento è > a 3-4settimane. Si intende ridurre il tempo di attesa a 15-20 giorni mediante la riorganizzazione del percorso ed eventuale ampliamento delle sedute operatore.	Riduzione tempi attesa		Entro 15-20 giorni	DC	Annuo	6	
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8	
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva	Risposta a	entro 10 giorni	U.R.P.	Sem.	4	



		risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	segnalazioni/ reclami		da ricevimento lettera U.R.P.			
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Collaborazione al 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
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% sedute	DG	Trim.	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a. messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrinologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	3
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	4
7	Risk	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione	Indicatori		Parametri	E.P.	Annuo	4



management	del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	regionali	Regionali	Q.A		
		Parametri regionali	100%	UPRI	Annuo	4
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Relazione	31.12.18	PP/M C	Annuo	4
	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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.					
8	Qualità	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	10
	Si rinvia alla scheda allegata.					
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.					
<div> <div>Sostituto Direttore SOC Oculistica Dr. Mariano Pescia</div> <div><i>Mariano Pescia</i></div> </div> <div> <div>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</div> <div><i>Giovanni Caruso</i></div> </div>						



Soc ONCOLOGIA							Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit à controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	5.171.899	4.800.000	CC	Trim.	16	
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.							
2	Governo produzione	Azioni			F	Trim.	3	
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.						
		Peso medio DRG	1,56	>=1,50	CC	Trim.	1	
		Tasso occupazione posti letto	116,85	>90	CC	Trim.	1	
		Degenza media	9,04	<9	CC	Trim.	1	
3	Obiettivi specifici di Soc		22.160	>22.000	CC	Trim.	2	
		Prosecuzione incontri con i MMC per un maggior coinvolgimento degli stessi nel percorso di rete oncologica e nella cultura della survivorship care.						
		Incontri con MMC		N. 3 annui	DC	Annuo	4	
4	Obiettivi Regione	Adempimenti Rete		100%	DC	Annuo	4	
		Proseguimento collaborazione con la Rete Oncologica Piemontese.						
5	Reclami	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8	
		Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
		Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4	
		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.						

6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempi stica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Collaborazione al 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
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Collaborazione		100%	DC	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	4
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	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 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla	Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	4

		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 o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Soc Oncologia Dr. Mario Franchini 			Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 					

SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	793.200	700.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG	2,08	>=1,70	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		69,83	>85	CG	Trim.	1
	Degenza media		6,9	<9	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		8,206	> 9.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Rimodulazione		Entro 30.6.18 rimodulazione/ luglio -dic valutazione applicazione	DC	Annuo	4
	Ottimizzazione del percorso di localizzazione del paziente operato per frattura di femore. Dimissione con percorsi differenziati secondo parametri clinici (postchirurgici e di comorbidit�) - esigenze riabilitative - possibilit� di assistenza al domicilio.	Modalit� di dimissione - relazione		- entro 31.12.18	DC	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8

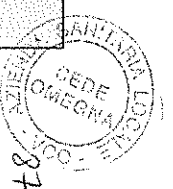


		Dipartimento di afferenza.							
		Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPRI	Annuo	4	
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, 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		31.12.18	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/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8	
Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Domodossola Dr. Alberto Uderzo			Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso						

SOC ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA VERBANIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget	512.864	500.000	CG	Trim.	16
		Azioni			F	Trim.	3
2 Governo produzione	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N� prestazioni ambulatoriali		2,43 92,4 7,52 6,633	>=1,70 >85 <9 7.000	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2
3 Obiettivi specifici di Soc	Rimodulazione e verifica cambiamenti dell'attivit� chirurgica suddividendo (in accordo con Dipartimento Chirurgico) l'attivit� di chirurgia ortopedica ambulatoriale semplice, complessa - attivit� di chirurgia ortopedica standard. Ottimizzazione del percorso di localizzazione del paziente operato per frattura di femore. Dimissione con percorsi differenziati secondo parametri clinici (postchirurgici e di comorbidit�) - esigenze riabilitative - possibilit� di assistenza al domicilio.	Rimodulazione		Entro 30.6.18 rimodulazione/ luglio -dic valutazione applicazione	DG	Annuo	4
		Modalit� dimissione - relazione		Suddivisione secondo parametri di versi - entro 31.12.18	DG	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-	DG	Annuo	8



88
BANCA LUCIA
SEDE
OMEGA

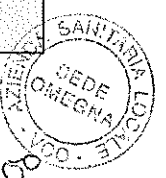
		184 del 28.2.2018.			6421/2018	U.R.P.	Sem.	4
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.			
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Collaborazione al 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
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie"	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute	a.messa in atto azioni b.presenza incontri		a.100% b.90%	DG	Annuo	3
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni		100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	3
7	Risk	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione aziendale	DG	Annuo	4
		Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione	Indicatori		Parametri	E.P.	Annuo	4

management	del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	regionali	Regionali	Q.A		
	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 2018 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	31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni	1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem. 8
		2. Relazioni	2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			
Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Verbania Dr. Alberto Uderzo						
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso						

SOC OSTETRICA GINECOLOGIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	720.217	820.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N� prestazioni ambulatoriali		0,6 63,6 2,79 8,953	0,74 >85 <4 >9.000	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2
3 Obiettivi specifici di Soc	Definizione del percorso di follow up nella gestione multidisciplinare con Radioterapia ed Oncologia delle neoplasie uterine trattate in azienda. Definizione del percorso per la gestione multidisciplinare con Diabetologia e Consultorio del diabete gestazionale.	Pazienti trattati - relazione Pazienti trattati - relazione		Almeno 80% dei pz trattati - entro 31.12.18 Almeno 50% dei pz trattati - entro 31.12.18	DG DG	Annuo Annuo	4 4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3	
		Collaborazione al 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	
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: : e collaborazione per la realizzazione dei progetti 1H "Accreditamento UNICEF Ospedale amico dei bambini" - Area Dipsa: 1D "SONIA"	Collaborazione	100%	DG	Trim.	5	
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie"	Presenza incontri	90% incontri	DG	Trim	2	
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b.presenza incontri	a. 100% b.90%	DG	Annuo	2	
		Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DGR n. 27-4072 del 17.10.2016 ed alla DD n. 81 dell'8.2.2017) con il coordinamento del Direttore della Sos Dip. Malattie Metaboliche e Diabetologia.	Messa in atto azioni	100%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	2	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione aziendale	DG	Annuo	4	
7	Risk	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione	Indicatori	Parametri	E.P.	Annuo	4	

management	del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.							
		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 2018 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		31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Soc Ostetricia Ginecologia Dr. Alberto Arnolfo								
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso								

SOC OTORINOLARINCOIATRIA

Obiettivi
2018

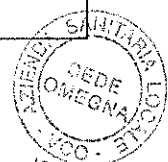
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit�� controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	276.144	240.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG	1,8	>=1,50	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		83,97	>85	CG	Trim.	1
	Degenza media		1,32	<=5	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		11.021	11.500	CG	Trim.	3
3	Obiettivi specifici di Soc	Immagini in rete		100%	DG	Annuo	4
	Collaborazione per l'informattizzazione del sistema di acquisizione immagini/filmati ORL sala operatoria/ambulatorio e messa in rete per visualizzazione da tutte le postazioni visita.						
	Messa in atto delle azioni definite dalla rete oncologica piemontese per il trattamento chirurgico dei tumori testa collo.	Adempimenti Rete		100%	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve	Risposta a segnalazioni/	entro 10 giorni da ricevimento	U.R.P	Sem.	4

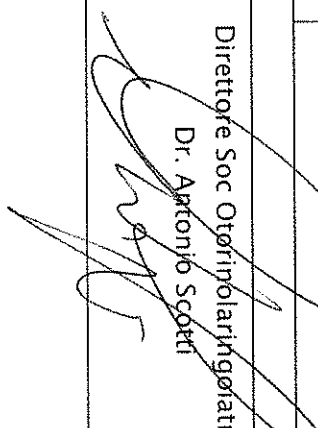
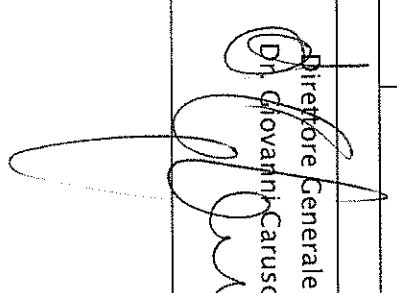


63



		pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	reclami		lettera U.R.P.				
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4	
		Collaborazione al 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	
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie"	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim	4	
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b.presenza incontri		a.100% b.90%	DG	Trim.	4	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	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 2018 in qualità di Dirigente	Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	4	



		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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Soc Otorinolaringoiatria Dr. Antonio Scotti 			Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 					

SOC PEDIATRIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	1.710.857	830.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRC	0,58	>=0,50	CG	Trim.	1
	N� prestazioni ambulatoriali		821	>1.000	CG	Trim.	4
3	Obiettivi specifici di Soc	Foglietto illustrativo		Entro 31.12.2018	DG	Annuo	4
	Predisposizione di un foglietto illustrativo secondo le linee guida emanate dalla SIP e dalla SIMEUP, da consegnare ai genitori di bambini che si sono recati al PS con trauma cranico e dimessi.						
	Predisposizione di una scheda di trasporto inter-ospedaliero pediatrico che consenta di disporre di informazioni "ordinate" sulle condizioni del bambino prima del trasporto, durante ed all'arrivo nell'ospedale di riferimento.	Scheda		Entro 31.12.2018	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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						



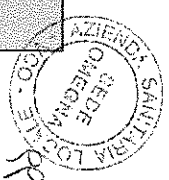
		inviata dall'U.R.P.							
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4	
		Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con 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	
		Messa in atto azioni/indirizzi formulati nell'ambito del Dipartimento di afferenza.	Messa in atto azioni		100%	DG	Annuo	4	
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: coordinamento progetto IH "Accreditamento UNICEF Ospedale amico dei bambini".	Relazione		15.4.2018	DG	Trim.	5	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	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 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4	

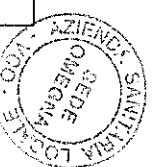
		(smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p> Direttore Soc Pediatria Dr. Andrea Guala </p> <p> Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso </p>								

SOS IN STAFF PSICOLOGIA

Obiettivi
2018

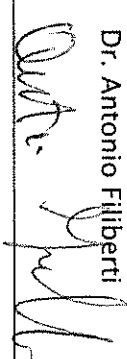
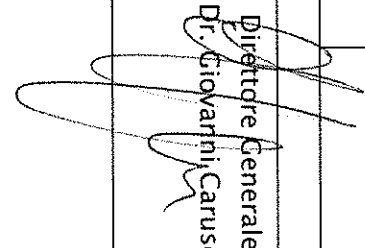
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Governo produzione	N� prestazioni ambulatoriali	5.726	>5.700	CG	Trim.	12
2	Obiettivi specifici di Soc	Collaborazione e monitoraggio dell'applicazione della procedura "La consulenza psicologica nel percorso nascita". Riunione semestrale con la psicologa del consultorio per monitorare l'andamento della procedura. Partecipazione alla co-conduzione o conduzione focus group all'interno del gruppo "Stress lavoro correlato" mediante la redazione di bozza di verbale da trasmettere alla referente del gruppo.	Incontri	Relazioni semestrali con valutazione applicazione	DC	Annuo	4
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali. Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4





		numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)						
		Monitoraggio attività svolta da Psicologi ai sensi della DGR n. 101-13754/2010 "Governo clinico psicologia sanitaria"	Relazione		31.12.2018	DS	Annuo	18
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: collaborazione per la realizzazione del progetto progetto 2T "Ambulatorio adolescenti presso la Casa della Salute".	Collaborazione		100%	DC	Trim.	5
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Presenza incontri		90% incontri	DC	trim	4
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
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	5
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	5
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12

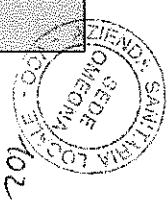


8	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Sos in staff Psicologia Dr. Antonio Filiberti 							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 							

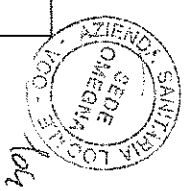
SOC RADIOLOGIA

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo complessivo del target per la spesa farmaceutica. Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Budget Azioni	539.804	580.000	CG	Trim.	16
2 Governare produzione	N� prestazioni ambulatoriali		51.904	>52.000	CG	Trim.	7
3 Obiettivi specifici di Soc	Prosecuzione attivit� di radiologia domiciliare. Monitoraggio numero esami suddivisi per sedi distrettuali e per tipologia, da realizzare entro 10 giorni dal termine del mese monitorato. Avvio progetto totem.	Rendicontazione Sperimentazione attiva		Monitoraggio mensile esami suddivisi per tipologie Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei	Rispetto		Applicazione	CG/I	Annuo	5



7	strategie aziendali	flussi informativi regionali e/o nazionali.	contenuti/tempiistica	100%	CT		
		Collaborazione al 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	5
		Messa in atto azioni/indirizzi formulati nell'ambito del Dipartimento di afferenza.	Messa in atto azioni	100%	DG	Annuo	6
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione aziendale	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	5
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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	31.12.18	PP/M C	Annuo	5
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15



9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<div>Direttore Soc Radiologia < Dr. Attilio Guazzoni</div> <div>Direttore Generale Dr. Giovanni Casuso</div>							

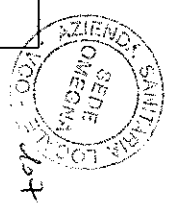
Sos Dip RADIOTERAPIA

Sos Dip RADIOTERAPIA							Obiettivi 2018	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit à controllo	Peso
1	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		32.404	>30.000	CG	Trim.	10
2	Obiettivi specifici di Soc	Aggiornamento manuale per le procedure di qualità e sicurezza nella radioterapia a intensità modulata con tecnica statica (MRT) e con tecnica dinamica (VMAT). L'aggiornamento è legato a modifiche del processo produttivo, alla qualità e sicurezza delle procedure ed al grado di evoluzione delle tecniche.	Aggiornamento manuale/formazione personale		31.12.2018	DC	Annuo	20
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	5
		Collaborazione al 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	6
Collaborazione: a) alla messa in atto delle			a.messa in atto		a. 100%	DC	Annuo	6




105

	azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	azioni b. presenza incontri	b. 90%					
	<p>Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.</p>	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	6		
6	<p>Risk management</p> <p>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.</p>	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	6		
	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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	31.12.18	PP/M C	Annuo	6		
7	Qualità	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15		
8	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	<p>1. Messa in atto azioni</p> <p>2. Relazioni</p>	<p>1) nel corso anno 2018</p> <p>2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19</p>	RPCT	Sem.	8		



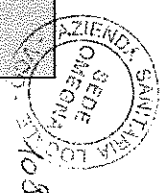
		utilizzando uno schema proposto dal RPCT.							
Direttore Sos Dip Radioterapia Dr. Andrea Ballarè									
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso									

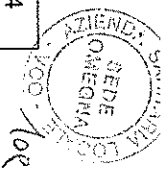

REGIONE PIEMONTE AUL VCO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA - 07606502
S.O.S. RADIOTERAPIA - 7001
Dr. Andrea BALLARÈ
0001448

SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	28.773	37.000	CC	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		73.742	>74.000	CC	Trim.	5
3	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio		Relazioni trimestrali sui risultati del monitoraggio	DC	Annuo	4
	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva dei ricoveri con riguardo alle strutture ubicate sul territorio dell'ASL VCO: Casa di Cura Eremo di Miazina e Istituto Auxologico Italiano di Piancavallo.						
	Messa in atto (Verbano Cusio) ed implementazione (Ossola) del servizio di fisioterapia a domicilio	Relazione		31.12.2018	DC	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
	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.						





6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Collaborazione al 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
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Ospedale: : e collaborazione per la realizzazione del progetto 2H "Elettrocardiografi in rete".	Collaborazione	100%	DG	Annuo	5
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	4
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	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	6
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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	Relazione	31.12.18	PP/M C	Annuo	6

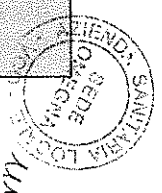


	Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem. 8
Direttore ff Soc Recupero e Riabilitazione Funzionale Dr. ssa Marina Butte							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso							

Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	3.466.747	3.120.000	CC	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		11.865	12.500	CC	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Nuovi pazienti in trattamento con SGA		Stesura scheda monitoraggio 80% pazienti	DG	Annuo	4
	Corretto utilizzo degli antipsicotici nei pazienti al primo trattamento farmacologico con antipsicotici con atipico.	Pz 1° trattamento con atipico		Almeno 80%	DG	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
6	Azioni strategiche	Rispetto contenuti/tempist		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3







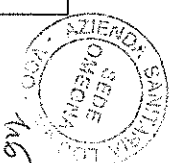
aziendali	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione	Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	3
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: ; e collaborazione per la realizzazione del progetto 2T "Ambulatorio adolescenti presso la Casa della Salute".	Collaborazione	100%	DC	Annuo	4
	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Presenza incontri	90% incontri	DC	Trim.	1
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda	Rilevazione mensile	DC	Mens.	4
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento interaziendale e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DC	Annuo	2
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione aziendale	DC	Annuo	4
	Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.	Rispetto scadenza	DC	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
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	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	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	5
		D.lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	6



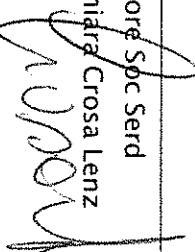
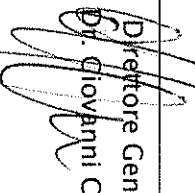
Direttore Soc Servizio Salute Mentale Territoriale Dr. Carlo Ignazio Cattaneo 		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 

Soc SERD							Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	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 2018, importo complessivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	957.572	795.000	CG	Trim.	16
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3	
2	Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali	13.032	>13.500	CG	Trim.	2	
3	Obiettivi specifici di Soc	Attività di prevenzione e promozione della salute: collaborazione nell'ambito del Piano Locale di Prevenzione, Setting scuola, Setting comunità, Setting sanitario per la messa in atto delle azioni previste.	Relazione	31.12.2018	DC	Annuo	4	
	Produzione di linee di indirizzo (condivise e fruibili in ambito interaziendale) che definiscono le modalità operative e l'iter amministrativo per l'inserimento dei pazienti in strutture residenziali/semiresidenziali per lo svolgimento di programmi terapeutici riabilitativi al fine di garantire trasparenza, par condicio e prevenzione di eventuali episodi di corruzione.	Linee di indirizzo		31.12.2018	DC	Annuo	4	
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8	
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
		Collaborazione al 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	3
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Territorio: : e collaborazione per la realizzazione del progetto 2T "Ambulatorio adolescenti presso la Casa della Salute".	Collaborazione		100%	DG	Annuo	5
		Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	2
		Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DG	Mens.	3
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento interaziendale e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	2
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	4
7	Risk management	Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenze	DG	Annuo	3
		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

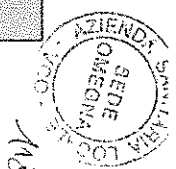


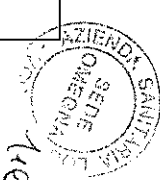
	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.18	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 o trasparenza "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT. D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	6
Direttore Spc Serd Dr. ssa Chiara Crosa Lenz 		Pubblicazione	Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	6
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 						

Sos Dip SIMT

Obiettivi
2018

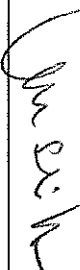
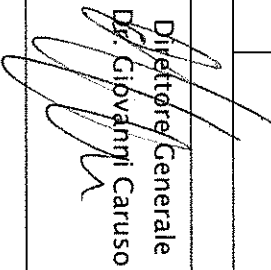
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	1.246.308	1.600.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo complessivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione		28.606	> 30.000	CG	Trim.	8
	N� prestazioni ambulatoriali						
3	Obiettivi specifici di Soc	Corso		Entro il 31.12.2018	DC	Annuo	8
	Organizzazione e gestione del corso "L'appropriatezza della richiesta trasfusionale", seconda edizione.						
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
	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.						
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.						
	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	9





		della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)							
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	4	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	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	
		Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4	
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15	

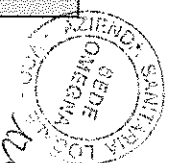


9	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
Direttore Sos Dip. SIMT Dr. Leonardo Ruscitto 							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 							

Sos Dip SPDC

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	46.731	60.000	CG	Trim.	16
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.						
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG	0,81	>0,71	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		87,37	>85	CG	Trim.	1
	Degenza media		13,48	6+312	CG	Trim.	3
3	Obiettivi specifici di Soc	Documento organizzativo		31.12.2018	DC	Annuo	4
	Costituzione di un "SPDC network" interaziendale per la messa in rete dipartimentale dei posti letto di degenza ordinaria e di DH all'interno dei DISSM Bi-VC-VCO con condivisione di protocolli, modelli e buone pratiche.						
	Realizzazione, presso la Sos Dip SPDC, di n. 1 posto letto di DH di tipo valutativo e terapeutico, ad accesso diretto e programmato, in favore di minori in condizione di grave sofferenza psicopatologica (per il trattamento delle fasi subacute/postacute delle condizioni psicopatologiche dei minori in carico alla Soc NPI).	Documento organizzativo		31.12.2018	DC	Annuo	4
4	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
5	Reclami	Risposta a segnalazioni/		entro 10 giorni da ricevimento	U.R.P.	Sem.	4
	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.	reclami		lettera U.R.P.				
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4	
		Collaborazione al 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	5	
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento Interaziendale e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DG	Annuo	5	
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	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	5	
		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 2018 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	Relazione		31.12.18	PP/M C	Annuo	5	

		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 o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<div> <div> Direttore Sos Dip SPDC Dr.ssa Ermelinda Zeppetelli </div> <div> Direttore Generale D. Giovanni Daruso </div> </div>								



Soc UROLOGIA							Obiettivi 2018	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	382.753	350.000	CG	Trim.	16
		Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2	Governo produzione	Peso medio DRG		1,66	>1,65	CG	Trim.	1
		Tasso occupazione posti letto		109,04	>=95	CG	Trim.	1
		Degenza media		4,04	<=7	CG	Trim.	1
		N� prestazioni ambulatoriali		10.118	>10.100	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Progetto riorganizzativo dell'attivit� svolta dalla Soc Urologia.	Progetto		31.8.2018	DG	Annuo	8
4	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempist		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4

aziendali	Collaborazione al 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
	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% incontri	DC	Trim.	4
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a. messa in atto azioni b. presenza incontri		a. 100% b. 90%	DC	Annuo	4
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DC	Annuo	4
	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
Risk management	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 2018 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		31.12.18	PP/M C	Annuo	4

8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8
<p>Direttore Soc Urologia Dr. Danilo Centrella</p> <p><i>Danilo Centrella</i></p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p> <p><i>Giovanni Caruso</i></p>								

"Adeguamento disposizioni applicative Regolamento Europeo in materia di privacy" e collaborazione per la realizzazione del progetto 3A "Prosecuzione progetto defibrillazione precoce sul territorio".	Collaborazione		100%			
	Collaborazione		100%	GEFP	Annuo	7
	Collaborazione con la Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio per la predisposizione, per la parte di competenza, di procedure amministrativo contabili da sottoporre, in una fase successiva, alle verifiche e revisioni contabili (art. 2 Decreto ministero Salute 17.9.2012).					
	Definizione del fabbisogno formativo in materia di prevenzione della corruzione al fine di ottemperare all'obbligo formativo di cui alla L. n. 190/2012 e smi e pianificazione del percorso formativo, in sinergia con Soc Gestione Personale e Formazione.	Definizione fabbisogno /pianificazione percorso	31.5.2018	DG	Quadr.	5
	Collaborazione con la Soc Gestione Personale e Formazione per la realizzazione di eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione.	Collaborazione	100%	DG	Annuo	6
Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet (URP).	Compilazione scheda		Rilevazione mensile	DG	Annuo	7
	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5

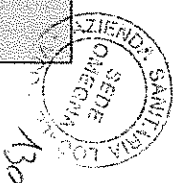


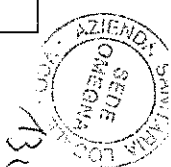
6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Tecnico.	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	5
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	9
Direttore Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali AVV. Ginzia Meloda 							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso - 							

Sos in staff CONTROLLO DI GESTIONE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	161	1.100	CG	Trim.	10
	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.						
2	Obiettivi specifici di Soc	Programma		30.4.2018	DC	Annuo	11
	Sviluppo di un programma per la compilazione del costo dei presidi (CP sperimentale) dell'ASL VCO in conformit� alle indicazioni fornite dalla Regione Piemonte.						
	Prosecuzione aggiornamento dei diversi programmi operativi collegati alla contabilit� per centri di costo per adeguarli al vigente atto aziendale.	Adeguamento		Messa in atto 100% azioni	DC DC	Annuo Annuo	11
3	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	12
	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.						
4	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4
	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.						
5	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempestivit�		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali di propria competenza.						
	Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Flussi".	Relazione		31.3.2018	DC	Trim.	10





		Coordinamento per il riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5).	Relazione	31.12.2018	DG	Annuo	12
		Collaborazione con la Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio per la predisposizione, per la parte di competenza, di procedure amministrativo contabili da sottoporre, in una fase successiva, alle verifiche e revisioni contabili (art. 2 Decreto ministero Salute 17.9.2012).	Collaborazione	100%	GEFP	Annuo	7
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5
6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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 Tecnico.	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	5

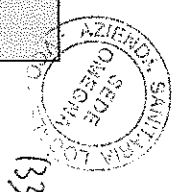


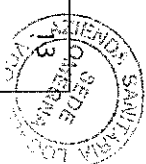
7	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	9
Direttore Sos in staff Controllo di Gestione Ing. Fulvio Guerriani							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso							

Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Budget	5.945	11.000	CG	Trim.	14
2	Obiettivi specifici di Soc	Procedura		15.5.2018	DC	Trim.	9
		Messa a regime sistema SIOPE.		100%	DC	Annuo	9
3	Obiettivi Regione	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	12
4	Reclami	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P	Sem.	4
5	Azioni strategiche aziendali	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Amministrativa: coordinamento progetti 2A "Censimento inventario fisico dei beni mobili " e 3A "Prosecuzione progetto defibrillazione precoce sul territorio".	Relazione	15.4.2018	DC	Trim.	7





		Sviluppo/Revisione di procedure amministrativo/contabili da sottoporre, in una fase successiva, alle verifiche e revisioni contabili (ai sensi dell'art. 2 del Decreto Ministero Salute 17.9.2012) necessarie per giungere alla certificazione del bilancio aziendale.	Sviluppo/Revision e procedure e procedure	Entro 31.12.2018	GEFP	Annuo	5
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	5
6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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 Tecnico.	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	5
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	9

	D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Pubblicazione		Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	9
Direttore Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio Dr.ssa Manuela Succi <i>Manuela Succi</i>							
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso <i>Giovanni Caruso</i>							

Soc GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.	Budget	69.081	65.000	CC	Trim.	11
2	Obiettivi specifici di Soc	Predisposizione di regolamenti in merito alla retribuzione di risultato del personale dirigenziale e del comparto	Regolamenti		Entro 31.12.18	DC	Annuo	6
		Predisposizione base dati anagrafica e profili orari per l'impianto del nuovo applicativo "Gestione presenze e gestione giuridica del personale".	Base dati/profilo orari		Entro 6 mesi dall'installazione nuovo applicativo	DC	Annuo	6
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali di propria competenza.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CC/I CT	Annuo	3



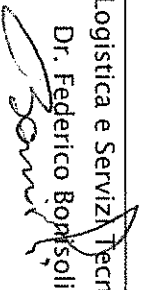
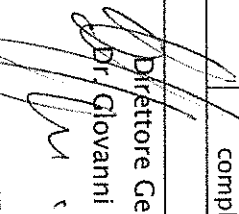
36

SEDE
ORDINARIA
138

		Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.	Rispetto scadenza	DC	Annuo	6
6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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 Tecnico.	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	3
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	<p>"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.</p> <p>D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".</p>	<p>1. Messa in atto azioni</p> <p>2. Relazioni</p>	<p>1) nel corso anno 2018</p> <p>2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19</p>	RPCT	Sem.	9
<p>Direttore Soc Gestione Personale e Formazione Dr.ssa Claudia Sala</p> <p>Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso</p>							

Soc LOGISTICA E SERVIZI TECNICI E INFORMATICI							Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso	
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.	Budget	235.610	180.000	CG	Trim.	12
2	Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio costi gestori della spesa per realizzare il rispetto del target di spesa assegnato per l'anno 2018.	Monitoraggio	21.759.334	21.800.000	DC	Trim.	13
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018	Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	9	
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali di propria competenza.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3	
		Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Amministrativa: partecipazione progetti 1A "Adeguamento disposizioni applicative Regolamento Europeo in materia di privacy".	Realizzazione progetto	100%	DC	Annuo	7	
		Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali: - "Flussi"	Presenza incontri	90% incontri	DC	Trim.	3	

		(da parte di Soc ICT), - "Sviluppo infrastrutture informative territorio-ospedale (da parte Soc ICT).						
		Collaborazione con la Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio per la predisposizione, per la parte di competenza, di procedure amministrativo contabili da sottoporre, in una fase successiva, alle verifiche e revisioni contabili (art. 2 Decreto ministero Salute 17.9.2012).	Collaborazione		100%	CEFP	Annuo	6
		Coordinamento per la messa in atto degli adempimenti di cui all'art 1, comma 32, della L. n. 190/2012, tenuto conto delle specificazioni e disposizioni tecniche formulate da A.N.A.C. nel rispetto della tempistica.	Predisposizione report		Rispetto tempistica nazionale	DG	Annuo	8
		Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi		Rispetto programmazione e aziendale	DG	Annuo	4
		Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.		Rispetto scadenza	DG	Annuo	9
6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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 Tecnico. ** Coordinamento, da parte del Responsabile della Sos Tecnico, dell'obiettivo assegnato alle strutture aziendali	Relazione * Relazione		31.12.2018 * 31.12.2018	PP/T	Annuo	4

		per quanto attiene il rischio antincendio volto alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei.						
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT. D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni		1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	9
Direttore Soc Logistica e Servizi Tecnici e Informatici Dr. Federico Bonfissi 								
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 								

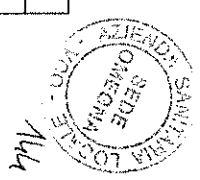
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE

Obiettivi
2018

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Font e dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.	Budget	6.283	8.000	CG	Trim.	17
2 Obiettivi specifici di Soc	Proseguimento, in sinergia con la Sos tecnico, dell'attivit� di adeguamento antincendio di cui al decreto 19.3.2015.	Relazione		31.12.2018	DC	Annuo	11
3 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali di propria competenza.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	4
	Definizione del fabbisogno formativo di base in materia di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi e pianificazione del percorso formativo, in sinergia con la Soc Gestione Personale e Formazione, Soc DSO, Soc DiPSA.	Definizione fabbisogno/pianificazione percorso		30.6.2018	DC	Sem.	9



	Presenza incontri al Gruppo di progetto aziendale "Revisione procedure Medico Competente"	Presenza incontri	90% incontri	DC	Trim.	6
	Collaborazione con la Soc Gestione Personale e Formazione per la realizzazione di eventi formativi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori.	Collaborazione	100%	DC	Annuo	9
	Percorso formativo volto all'adeguamento alla normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 37 del D.Lgs n. 81/2008 e smi: partecipazione ai corsi da parte del Direttore di Struttura e dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazione aziendale	DC	Annuo	5
6	Risk management Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 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 Tecnico.	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	10
7	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza "Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso l'applicazione del Codice di Comportamento aziendale integrato con le Linee Guida ANAC 2017) - al monitoraggio del Piano - all'adesione corso FAD anche dei propri collaboratori - alla compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT. D.Lvo n. 33/2013 e smi: miglioramento tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	1. Messa in atto azioni 2. Relazioni Pubblicazione	1) nel corso anno 2018 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	9
			Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	8



Direttore Sos in staff Prevenzione e Protezione Ing. Paolo Riboni		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso	
