

450 31 9 MAGGIO 2018

MUSCAGNO (S) CONSORZIO N. 144
PAS INNE



SOC ANATOMIA PATOLOGICA

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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	181.979	133.000	CG	F	Trim.	3	16
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni							
2 Governo produzione	N° prestazioni ambulatoriali		11.844	12.000	CG	Trim.	8		
3 Obiettivi specifici di Soc	Mantenimento monitoraggio dati di attività della Breast Unit interaziendale ASL VCO-NO (monitoraggio database SOTM e indicatori correlati)	Monitoraggio		semestrale	DG	Annuo		4	
	Mantenimento percentuale concordanza diagnostica interaziendale su classificazione coliti e grading displasia polipi colorretali	% attuale	80%	80%	DG	Annuo		4	
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DCR 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	CG/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
7	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
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 della programmazione e aziendale	DG	Annuo	6
7	Risk management	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A.	Annuo	6
7	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.	Relazione	31.12.18	PP/M C	Annuo	6
8	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.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.				



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 Generale
Dr. Giovanni Catuso

Direttore Soc Anatomia Patologica
Dr. ssa Anna Maria Foscolo



SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

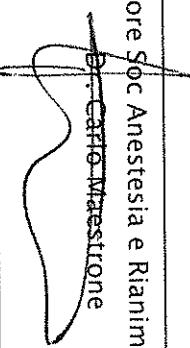
SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE							Obiettivi 2018	
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fon te dati	Periodicit à controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	793.540	550.000	CG	Trim.	16
2	Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
3	Obiettivi specifici di Soc	Tasso occupazione posti letto Degenza media N° prestazioni ambulatoriali		106,19 8,8 2.277	>90 <10 2.500	CG CG CG	Trim. Trim. Trim.	1 1 2
4	Obiettivi Regione	Riduzione costi consulenze in anestesia per ricorso presso altre Aziende sanitarie.	Speso 2017		< 2017	DG	Annuo	4
5	Reclami	Completamento progetto emergenza intraospedaliera con inserimento nuova scheda rilevazione parametri	Scheda		Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4
		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 DCR n. 26-	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 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	4
		Messa in atto azioni/indirizzi formulati nell'ambito del Dipartimento di afferenza.	Messa in atto azioni	100% OIC	DG	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 OIC	DG	Annuo	5
		Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie"	Relazione	31.3.2018 OIC	DG	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 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	E.P. Annuo	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 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 (compresa 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 Anesthesia e Rianimazione


Dr. Carlo Maestroni

Direttore Generale
Dr. Giovanni Garuso



Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Peso
			2017				
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	CG	Trim.	16
2 Obiettivi specifici di Soc	Apertura consultorio giovani in almeno una sede farmaceutica.	Apertura		30.11.2018	DC	Annuo	5
	Attivazione ambulatorio menopausa.	N° visite effettuate/N° visite richieste(in valore assoluto)		100%	DG	Annuo	3
3 Obiettivi Regionale	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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR n. 26-6421/2018	DG	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/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%	DG	Trim.	7	



	Casa della Salute" – Area Dipsa: 1D "Sonia". Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento territorio".	Presenza incontri	90% incontri	DC	Trim.	4
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
6	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	Rilevazione mensile	DC	Mens.	7
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	Rispetto programmazione aziendale	DC	Annuo	4
8	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
9	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15



8	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	1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	8
	Direttore Sos Dip Attività Consultoriale Dr.ssa Laura Minioni			2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			

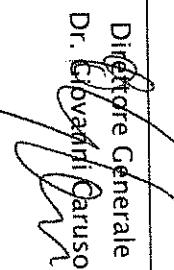


Soc CARDIOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018		Periodicità controllo	Peso
			Risultato 2017	Standard 2018		
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	4.095.710	4.100.000	F CG Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Peso medio DRG Tasso occupazione posti letto Degenza media N° prestazioni ambulatoriali Refertazione telematica di ECG eseguite presso le Case della Salute		2,07 103,79 5,45 12.880	> 1,80 > 90 < 6,50 13.500	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.
4 Obiettivi Regione	Attivazione agenda istituzionale di cardiologia a CUP per test ergometrico ed attivazione di agenda esclusiva di cardiologia per controlli brevi programmati dopo la dimissione.	ECG refertati		90% ECG refertati entro 24 h da esecuzione	DG	Annuo
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.	Attivazione agende	31.10.2018	Entro	DG	Annuo
	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.

		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/tempi	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 DCR 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 programmazion 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	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/ 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 (compresa 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 Cardiologia Dr. Alessandro Lupi 		Direttore Generale Dr. Giovanni Garuso 				



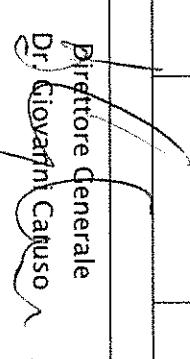
SOC CHIRURGIA GENERALE VERBANIA



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Obiettivi 2018
			2017				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	633.516	700.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Incremento attività chirurgica: DRC 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso COQ) in relazione al N° di sedute delle sale operatorie disponibili.	Tasso occupazione posti letto	1,74	1,45-1,70	CG	Trim.	1
	Messa in atto delle azioni definite dalla rete Oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Degenza media	99,14	>90	CG	Trim.	1
		N° prestazioni ambulatoriali	7,83	<7,94	CG	Trim.	1
			4.282	>5.500	CG	Trim.	2
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.	Aumento sedute		>2017	DG	Annuo	4
		Aumento attività					
		Adempimenti					
			100%				
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	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	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	
	Collaborazione alla messa in atto delle azioni indicate dalla Rete territoriale endocrino diabetologia (di cui alla DCR 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 programmazion 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
	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 (compresa 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 Chirurgia Generale Verbania Dr. Francesco Arceci		 Direttore Generale Dr. Giovanni Catusso					



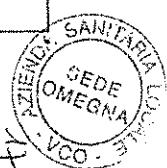
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA



**Obiettivi
2018**

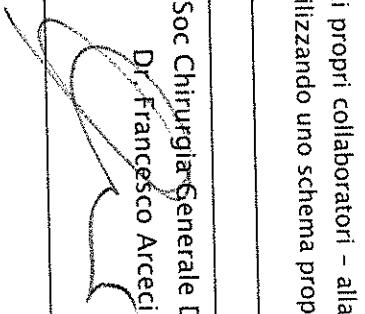
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità di controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	548.933	450.000	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		1,78	1,45-1,70	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		92,13	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media		7,44	<7,94	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali		3.260	3.800	CG	Trim.	2
3 Obiettivi specifici di Soc	Incremento attività chirurgica: DRC 159 - 160 - 161 - 162 - 163 (compreso COQ) in relazione al N° di sedute delle sale operatorie disponibili.	Aumento sedute					
	Messa in atto delle azioni definite dalla rete Oncologica per il trattamento chirurgico dei tumori mammari	Aumento attività		>2017	DC	Annuo	4
		Adempimenti			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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR 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	
	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	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	
	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	Annua	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 programmazion e aziendale	DC	Annua	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	Annua	4
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	Annua	4	

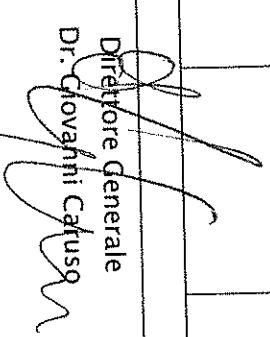


	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.18	PP/M C	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 Chirurgia Generale Domodossola
Dr. Francesco Arcesi



Direttore Generale
Dr. Giovanni Catusan




Sos Dip DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità 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 DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR 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%	CGI 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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	5



	collaboratori.						
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	6
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	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
	"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 (compresa 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 Sos Dip. Day surgery multidisciplinare Dr. Fabio de Cesare			Direttore Generale Dr. Giovanni Garuso			



OBIETTIVI SOC E SOS DIP AFFERENTI IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Peso controllo	Obiettivi 2018
			2017					
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	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	DC	Annuo	4	
	Rendicontazione azioni relative agli obiettivi del Piano Locale della Prevenzione 2018.	Relazione		Rispetto scadenza regionale	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 DCR 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/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)	15.4.2018	DG	Trim.	5
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	Collaborazione	100%			
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	a.messa in atto b. presenza	a. 100% b. 90%	DG	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.	Compilazione scheda Partecipazione corsi	Rilevazione trimestrale Rispetto programmazione aziendale	DG	Trim.	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	Annua
	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

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		1) nel corso anno 2018	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	2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19				
	Referente Direttore Dipartimento di Prevenzione Dr. Paolo Ferrari		Direttore Generale Dri. Giovanni Caruso						



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

SERVIZI D/P	OBIETTIVO 2017	DESCRIZIONE	INDICATORE	STANDARD	PESO	RESPONSABILE OBIETTIVO
SPRESAL	Garantire la copertura delle attività di vigilanza sul territorio con controlli mirati ed omogenei per ridurre i rischi più rilevanti (100% controlli LEA)	assicurare le attività come da indicazioni del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 D.Lgs 81/08) o del PLP secondo le indicazioni dei piani di prevenzione nazionali e regionali nei settori edilizia ed agricoltura/selvicoltura	0,3	100% dei controlli	70%	DIR SOC SPRESAL
MEDICINA LEGALE	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 spacci di pescheria al dettaglio	assicurare che vi sia la corretta indicazione degli additivi chimici consentiti, nei prodotti della pesca venduti negli spacci di pescheria al dettaglio (a servizio assistito o preincartati)	n. di controlli sui laboratori di pescheria / sul totale dei laboratori di pescheria annesi allo spaccio.	n. 6 controlli sul totale di 19 esercizi di pescheria	35%	RESP SSD SPV AREA B
		verifica del corretto impiego degli additivi chimici nei laboratori di produzione delle carni preparate e saliccie fresche	assicurare la verifica del corretto impiego di additivi chimici, nei laboratori di produzione delle carni preparate e saliccie fresche	n. di controlli sui laboratori di carni preparate / sul totale dei laboratori.	n. 6 controlli sul totale di 18 laboratori di carne preparata	
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
	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	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	SAN SEDE D'OGNI MEGE



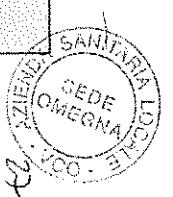
	Rispetto del Piano di eradicazione della tubercolosi bovina, al fine del mantenimento della qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne	predisporre la pianificazione dei controlli	100% aziende UI controllati/controllabili su base biennale - Aziende UI oltre il 99,9% indenne	100% aziende UI al 31.12.2018- mantenimento della qualifica di territorio UI da TBC.	40%	DIR SOC SPV AREA A
SPV AREA A	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	predisporre 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	predisporre 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		Direttore Generale				

Dr. Paolo Ferrari

Dr. Giovanni Caruso



Soc DI.P.SA

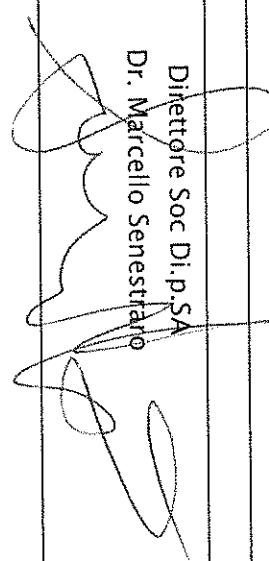


Obiettivi							2018		
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi		Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	17.532	21.000	CG	Trim.	16	
2	Obiettivi specifici di Soc	Plannificazione assistenziale attraverso la cartella infermieristica PHL: attivazione del percorso formativo	Attivazione percorso formativo		Almeno 4 corsi nel 2018	DG	Annuo	4	
3	Obiettivi Regione	Introduzione della scheda unica di terapia informatizzata	Attivazione entro 30.9.18/ Valutazione Ott-Dic		In almeno 2 UU.OO. di degenza	DG	Annuo	4	
4	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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8	
5	Azioni aziendali	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	
		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: ; e collaborazione per la realizzazione del progetto 4T "Telemedicina: monitoraggio pazienti diabetici, scompenso BPPO" - Area amministrativa: partecipazione	Collaborazione		100%	DG	Annuo	5	
			Relazione (coordinamento)		15.4.2018				

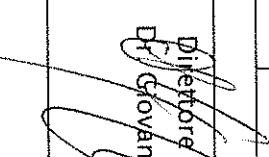


	riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.						
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati Indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
8	Prevenzione corruzione/ 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.	8

Direttore Soc Di.p.SA
Dr. Marcello Senestraro



Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso




SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA



						Obiettivi 2018		
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità e controllo	Peso
1	Obiettivi specifici di Soc	Verifica ed eventuale revisione della procedura aziendale PO 27-OUP 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	
2	Obiettivi Regionale	Stesura e recepimento regolamento attività obitori ospedalieri.	Regolamento	Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4	
3	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 DCR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8	
4	Azioni strategiche aziendali	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	
		Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/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	

	"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	DG	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 /planifi cazione percorso	30.6.2018	DG	Sern.	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 programmazion 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	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	Annuo	4	



6	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati Indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
7	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 (compresa 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		

Direttore Soc Direzione Sanitaria presidi ospedalieri
 Verbania-Bonate Sossola
 Dr. Francesco Garatti

Direttore Generale
 Dr. Giovanni Caruso



SOC DISTRETTO VCO

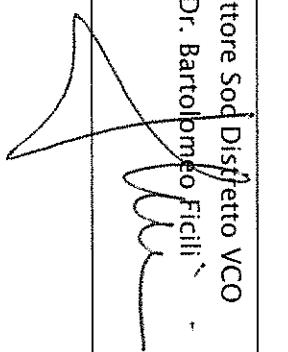
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Peso
1	Equilibrio economico finanziario	Monitoraggio e controllo del budget assegnato alla Soc Gat, alla Soc Serd, alla Soc Servizio Salute Mentale Territoriale. Rispetto del budget per beni e servizi (comprendivo della spesa farmaceutica) assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018	Monitoraggio	Trim.	CG	Trim.	21	
2	Obiettivi specifici di Soc	Riorganizzazione dell'attività riabilitativa territoriale (residenziale e domiciliare) in sinergia con la Soc GAT.	Riabilitazione domiciliare		Copertura 60% territorio VCO	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 DCR 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/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 "Sanità di iniziative Scegli	Relazione	15.4.2018	DC	Annuo	5	

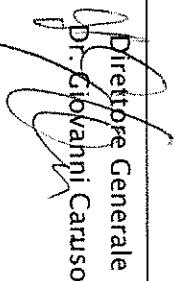


	di star bene" e 3D "Gestione integrata tra ospedale e territorio della malattie renale cronica"					
Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio"	Relazione	31.3.2018	DC	Trim.	3	
Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali " Flussi", "Sviluppo infrastrutture informative territorio-ospedale".	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	
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 programmazion e aziendale	DC	Annuo	4	
6 Risk management	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	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.						
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	Dati Indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15	
	Si rinvia alla scheda allegata.					



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 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	




Dr. Giovanni Caruso



Sos Dip ENDOSCOPIA DIGESTIVA



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018
							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	414.415	190.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	N° prestazioni ambulatoriali		6.306	>6.000	CG	Trim.	5
4 Obiettivi Regione	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
5 Reclami	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
6 Azioni strategiche aziendali	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
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/CT	Annuo	4
	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile	Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4



	della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)						
6	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	6
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	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 aziendale	DG	Annuo	4
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	6
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 C	PP/M	Annuo	6
15	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
2	Qualità						

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	1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	8
			2. Relazioni	2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

Direttore Sos Dip. Endoscopia Digestiva
Dr. Giuseppe Facciotto



SOC FARMACIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità	Obiettivi 2018
							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
2 Obiettivi specifici di Soc	Gestione del target spesa farmaceutica 2018. 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. Verifica e gestione sistematica dei trattamenti con farmaci sottoposti a monitoraggio Alfa al fine di chiudere le schede AIFA e richiedere il rimborso secondo gli accordi MEAS.	Monitoraggio		Trim.	F	Trim.	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.	Incontri		Almeno n. 4 incontri annui	DG	Annuo	4
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.	N° richieste di rimborso inviate da Farmacia/Note credito ricevute	100%	DG	Annuo	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/CT	Annuo	3



					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)	Recupero dati produzione						
	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 aziendale	DG	Annuo	4
	Azioni strategiche aziendali	Applicazione P.A.C.			Rispetto scadenza	DG	Annuo	5
6	Risk management	Indicatori regionali			Parametri Regionali	E.P. Q.A.	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.							
	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



		Dati indicatori		Standard aziendali	E.P.	Sem.	15
					Q.A.		
7	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.					
8	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) – 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 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	RPCT	Annuo	4	
	Sostituto Direttore SOC Farmacia Dr. ssa Paola Allegri		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso				

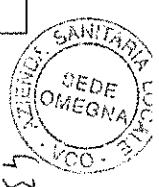




SOC GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALE

					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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	232.610.061	232.615.000	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	ADI casi	N° casi	359	> 2017	Progr amm	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'attività riabilitativa territoriale (residenziale e domiciliare) in sinergia con la Soc Distretto VCO.	Riabilitazione domiciliare		Copertura 60% territorio VCO con riab. dom.	DG	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-		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-	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/tempi		Applicazione	CG/CT	Annuo	2

azientali	stica						
	Recupero dati produzione	Prestazioni perse < 5%	CG	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)							
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	15.4.2018	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 programmazion 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 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 (compresa 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.Lv. n. 33/2013 e simili: 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

SOC GERIATRIA							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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	117.638	128.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficienamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	N° prestazioni ambulatoriali		12.760	> 13.000	CG	Trim.	7
	Realizzazione di un corso per i familiari dei malati affetti da demenza.	Realizzazione corso		Entro il 31.12.2018	DC	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Realizzazione di un corso di stimolazione per la memoria a pazienti con deficit cognitivi lievi.	Realizzazione corso		Entro il 31.12.2018	DC	Annuo	4
5 Reclami	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DCR n. 26-6421/2018	DC	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 strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/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%	CC	Annuo	6	
		Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.			a.messa in atto b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	6
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	DG	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	6		
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 aff. temp Soc Geriatria Dr. Fabio Di Stefano					

Dr. Giovanni Caruso
Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



SOC LABORATORIO ANALISI

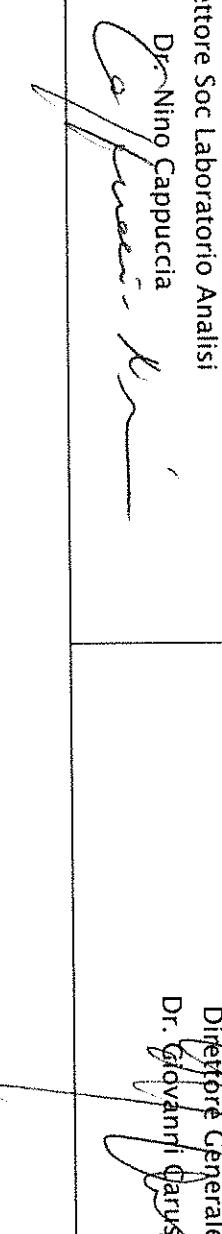
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Obiettivi 2018	
						Periodicità	Peso controllo
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	2.574.409	2.500.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Miglioramento appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio dei MMC/Pls (DGR n. 15-7486/2014) e riduzione errori nella compilazione della ricetta dematerializzata: predisposizione informativa per MMC/Pls tramite sistemi di posta elettronica.		1.030.084	>1.300.000	CG	Trim.	8
4 Obiettivi Regione	Mantenimento del dialogo con i Clinici comunicando i valori critici sia ai Reparti e servizi ospedalieri sia ai MMC/Pls.	Relazione		31.12.2018	DC	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 cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	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 della 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 i.ca	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%	CG	Annuo	8	
7	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	a.messa in atto b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	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 programmazion e aziendale	DG	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	E.P. Annuo	Annuo	4	
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100% UPRI	Annuo	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	Annuo	4	



8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12
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 RPTC,	1. Messa in atto azioni		1) nel corso anno 2018	RPTC	Sem.	8
			2. Relazioni		2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			

Direttore Soc Laboratorio Analisi
 Dr. Nino Cappuccia


Direttore Generale
 Dr. Giovanni Gariuso




Sos Dip MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Obiettivi 2018
			2017			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	1.631.585	1.740.000	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		1,75	>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	Organizzazione di incontri con i medici di medicina generale sul problema della resistenza antimicrobica. Indicazione di terapia antibiotica per le più comuni sindromi infettive (infezioni vie urinarie, alte e basse vie respiratorie).	Incontri rivolti ai MMG		50% MMG ASL VCO partecipanti agli incontri	DG	Annuo	6
	Manuale di terapia antibiotica. Aggiornamento 2018 e presentazione ai medici ospedalieri.	Incontri rivolti ai Medici ospedalieri		50% medici osp. partecipanti agli incontri	DG	Annuo	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 DCR 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 reclami	Risposta a entro 10 giorni da ricevimento		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: i.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 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	



	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. 10
9	Prevenzione corruzione/ miglioramenti 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 (compresa 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 Malattie Infettive e Tropicali

Dr. Vincenzo Mondino

Vincenzo Mondino

Direttore Generale

Dr. Giovanni Caruso

Giovanni Caruso



Sos Dip MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA

	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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	300.108	250.000	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		17.332	18.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Inserimento nuovi pazienti diabetici nel progetto di gestione integrata condiviso con i MMC	Aumento nuovi pazienti	+ 3% rispetto al 2017	DC	Annuo	6	
		Attuazione Determinazione regionale n. 709 del 13.1.2017 PDTA Diabete mellito (avvio del Cas - incontri con MMC in merito all'applicazione PDTA)	Relazione		31.12.2018	DG	Annuo	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 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/CT	Annuo	3



					Prestazioni perse < 5%	CG	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				4	
7	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
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 programmazion e aziendale	DC	Annuo	4
7	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	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



		Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	10
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.					
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 2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19	RPCT	Sem.	8

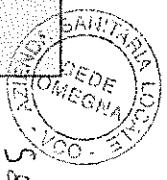
Direttore Sos Dip Malattie Metaboliche e Diabetologia

Dr. Giuseppe Placentino

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



SOC MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA



	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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.486.605	1.240.000	CG	Trim.	16
2	Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
	Peso medio DRC			1,55	>1,60	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto			88,14	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media			11,68	<=11	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali			4.023	> 5.000	CG	Trim.	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.	Parametro da raggiungere	11,50	DC	Annuo	4	
		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 modalità BPAP e CPAP.	Incontri formativi	Entro 31.12.18 95% del personale delle Strutture partecipanti agli incontri formativi	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 DCR 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	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 programmazion 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/ 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 (compresa 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		Dipart. Generale Dr. Giovanni Garuso					



Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017		Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018
								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	1.041.513	1.182.000	CG	Trim.	16	
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3	
	Peso medio DRC		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 velocità d'infusione per i farmaci per le urgenze mediche	Presenza manuale/Incontri presentazione		Entro il 31.12.18	DG	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	DG	Annuo	4		
			100% partecipazione medici					



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 della lettera U.R.P.	U.R.P	Sen.	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/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 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 programmazion 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
8	Qualità	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	Annuo	4
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento o trasparenza	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 (compresa 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	1) nel corso anno 2018	RPTC	Sem.	8
			2. Relazioni	2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			



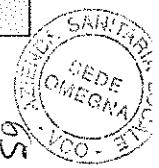
utilizzando uno schema proposto dal RPCT.

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	Fonte e dati	Periodicità	Peso	Obiettivi 2018
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	1.351.777	1.300.000	CG	Trim.	16	
2	Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F	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 Organizzazione percorso formativo, in collaborazione con la Sos Dip. Endoscopia Digestiva, sulle urgenze emorragiche del tratto digestivo superiore.	PDTA condivisi		Redazione entro il 31.12.18	DG	Annuo	4	
4	Obliektivi 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.	Percorso formativo		Almeno n. 2 edizioni corso entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4	
5	Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/ reclami		entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	
6	Azioni	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei	Rispetto		Applicazione	CG/I	Annuo	3	



strategiche aziendali	fissi informativi regionali e/o nazionali.	contenuti/tempistica	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	4
	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%	Sosd Diab etolo gia	Annuo	2
	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 programmazion 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



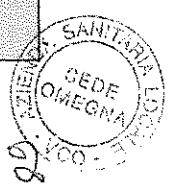
	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.	Relazione	31.12.18	PP/M C	Annuo	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

Direttore Soe-Medicina e Chirurgia d'Urgenza

Dr. Paolo Granatina

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

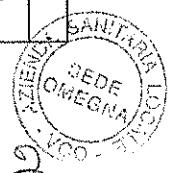




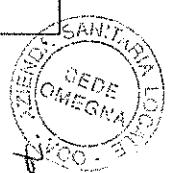
SOC NEFROLOGIA DIALISI

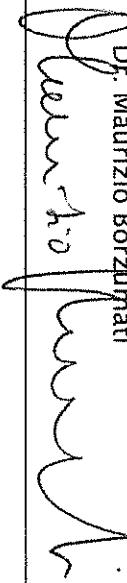
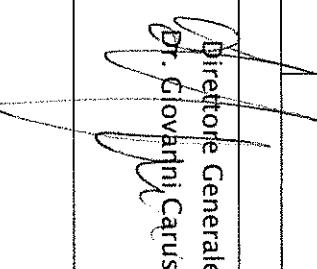
SOC NEFROLOGIA DIALISI							Obiettivi 2018
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità di controllo	Peso
1. Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	2.078.281	2.300.000	CG	Trim.	16
2. Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
	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 studio 5.	Pazienti > 80 anni con IRC studio 5		>= 70% dei pazienti coinvolgibili	DC	Annuo	4
	Completa messa in opera del PDTA per la gestione integrata ospedale/territorio della malattia renale cronica in collaborazione con i MMC 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.	Presenza 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

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. 3
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 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 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 programmazion 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
8	Qualità	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	Annuo	4
9	Prevenzione corruzione/ miglioramento trasparenza	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
		Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15
		"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 Nefrologia Dialisi Dr. Maurizio Borzumati 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 

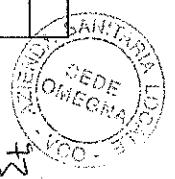


SOC NEUROLOGIA

									Obiettivi 2018
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	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	497.490	520.000	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		1,63	>1,50	CG	Trim.	1	
		Tasso occupazione posti letto		96,89	>90	CG	Trim.	1	
		Degenza media		10,15	<11	CG	Trim.	1	
		Nº prestazioni ambulatoriali							
3	Obiettivi specifici di Soc	Complettamento PDTA TIA con attivazione di OBI neurologica.	Attivazione	6.087	>7.000	CG	Trim.	2	
4	Obiettivi Regione	Obiettivi	Entro						
		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.	31.12.2018						
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.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	8	
			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	CG/CT	Annuo	4	



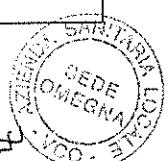
		ica					
	aziendali			Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4
	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione, al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)	Recupero dati produzione					
	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 normativa aziendale	DG	Annuo	4
7	Risk management	Indicatori regionali		Parametri Regionali	E.P. Q.A	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.						
	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/ miglioramenti 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 Neurologia
Dr.ssa Patrizia Junta
Patrizia Junta

Direttore Generale
Dott. Giovanni Caruso
Giovanni Caruso



SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

	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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	5.464	9.000	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		10.536	>11.000	CG	Trim.	6
3	Obiettivi specifici di Soc	Stesura e applicazione PDTA su follow up prematuri e di basso peso alla nascita finalizzato alla costituzione di un ambulatorio dedicato con la Pediatria.	PDTA	Entro 30.9.18 stesura PDTA/Valutazione applicazione ott-dic	DG	Annuo	5	
		Aggiornamento protocollo 2004 sulle attività 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 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	

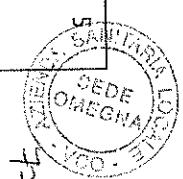


6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempistica	Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3
	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile 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". Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Relazione	15.4.2018	DG	Trim.	5	
	Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	Collaborazione	100%				
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	Presenza incontri	90% incontri	DG	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.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	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	



		Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A.	Annuo	S. S. D. M. N. A. L. C. O. M. E. G. N. A. H. I. C. O. - 7	
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.	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/ miglioramenti 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 D. Giovanni Caruso				

Stefania Vozza



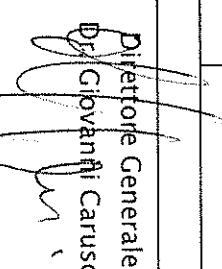


SOC OCULISTICA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018		Periodicità controllo	Peso
			Risultato 2017	Standard 2018		
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	806.037	720.000	CG Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F Trim.	3
3 Obiettivi specifici di SOC	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 3-4 settimane. Si intende ridurre il tempo di attesa a 15-20 giorni mediante la riorganizzazione del percorso ed eventuale ampliamento delle sedute operatorie.	Tempi attesa	Entro 30 giorni	DG Annuo	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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DGR n. 26-6421/2018	DG 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 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 etolog 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 programmazion e 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. 10
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 (compresa 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
Sostituto Direttore SOC Oculistica Dr. Mariano Pescia 						
Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 						





Soc ONCOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018
							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	5.171.899	4.800.000	CG	Trim.	16
	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Effcientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
2. Governo produzione	Peso medio DRC		1,56	>=1,50	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		116,85	>90	CG	Trim.	1
	Degenza media		9,04	<9	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali		22.160	>22.000	CG	Trim.	2
3. Obiettivi specifici di Soc	Prosecuzione incontri con i MMG per un maggior coinvolgimento degli stessi nel percorso di rete oncologica e nella cultura della survivorship care.	Incontri con MMC		N. 3 annui	DG	Annuo	4
	Proseguimento collaborazione con la Rete Oncologica Piemontese.	Adempimenti Rete		100%	DG	Annuo	4
4. Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-		Rinvio standard di cui alla DCR n. 26-	DC	Annuo	8
		6421/2018		6421/2018			
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 invata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami		entro 10 giorni da ricevimento della lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4

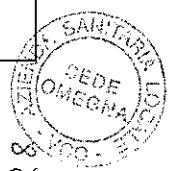
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempestica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto contenuti/tempi stica	Applicazione 100%	CG/CT	Annuo	4
	Collaborazione al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale, con il coordinamento del Responsabile 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 programmazion 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	Annua	4	
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	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	Relazione	31.12.18 C	PP/M C	Annua	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/ 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 (compresa 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

Direttore Soc Oncologia
Dr. Mario Franchini

Direttore Generale
Dr. Giovanni Garuso

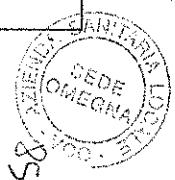


SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA



	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018	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	793.200	700.000	CG	Trim.	16	
2	Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3	
3	Obiettivi specifici di Soc	Peso medio DRC Tasso occupazione posti letto Degenza media N° prestazioni ambulatoriali		2,08 69,83 6,9 8.206	>= 1,70 > 85 < 9 > 9.000	CG CG CG CG	Trim. Trim. Trim. Trim.	1 1 1 2	
4	Obiettivi	Rimodulazione e verifica cambiamenti dell'attività chirurgica suddividendo (in accordo con Dipartimento Chirurgico) l'attività in: attività di chirurgia ortopedica ambulatoriale semplice, complessa - attività 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 comorbilità) - esigenze riabilitative - possibilità di assistenza al domicilio.	Rimodulazione		Entro 30.6.18 rimodulazione/ luglio - dic valutazione applicazione	DG	Annuo	4	
	Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR 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
		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	Trim.	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 Diabetologia	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 programmazion 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	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4



	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	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 Domodossola Dr. Alberto Uderzo		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso				

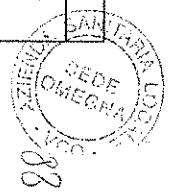


SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA



SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA							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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	512.864	500.000	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		2,43	>=1,70	CG	Trim.	1
		Tasso occupazione posti letto		92,4	>85	CG	Trim.	1
		Degenza media		7,52	<9	CG	Trim.	1
		N° prestazioni ambulatoriali		6.633	7.000	CG	Trim.	2
3	Obiettivi specifici di Soc	Rimodulazione e verifica cambiamenti dell'attività chirurgica suddividendo (in accordo con Dipartimento Chirurgico) l'attività in: attività di chirurgia ortopedica ambulatoriale semplice, complessa - attività di chirurgia ortopedica standard.	Rimodulazione	Entro 30.6.18 rimodulazione/ luglio - dic valutazione applicazione	DG	Annuo	4	
		Ottimizzazione del percorso di localizzazione del paziente operato per frattura di femore. Dimissione con percorsi differenziati secondo parametri clinici (postchirurgici e di comorbidità) - esigenze riabilitative - possibilità di assistenza al domicilio.	Modalità dimissione - relazione	Suddivisione secondo parametri diversi - 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	

		184 del 28.2.2018.			6421/2018			
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	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/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	
		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 programmazion 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			
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali	100%	UPRI	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 (compresa 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
Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Verbania Dr. Alberto Uderzo				Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso			



SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018				
			Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	
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	720.217	820.000	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		0,6	0,74	CG	Trim.	1
	Tasso occupazione posti letto		63,6	>85	CG	Trim.	1
	Degenza media		2,79	<4	CG	Trim.	1
	N° prestazioni ambulatoriali		8.953	>9.000	CG	Trim.	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.	Pazienti trattati – relazione		Almeno 80% dei pz trattati -entro 31.12.18	DC	Annuo	4
	Definizione del percorso per la gestione multidisciplinare con Diabetologia e Consultorio del diabete gestazionale.	Pazienti trattati – relazione		Almeno 50% dei pz trattati - entro 31.12.18	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
	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 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	100%	DG	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%	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	Annua	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 programmazion 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		
		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 (compresa 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
		Direttore Soc Ostetricia Ginecologia Dr. Alberto Aruffo	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso				



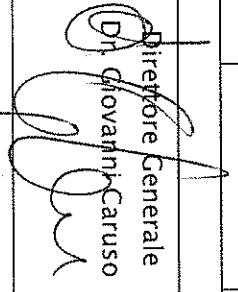
SOC OTORINOLARINGOIATRIA



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard	Fonte	Periodicità	Obiettivi 2018
			2017	2018	e dati	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	276.144	240.000	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 DRC		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	Collaborazione per l'informaticizzazione del sistema di acquisizione immagini/filmati ORL sala operatoria/ambulatorio e messa in rete per visualizzazione da tutte le postazioni visita.	Immagini in rete	100%	DG	Annuo	4	
	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	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 DCR 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 segnalazioni/	Risposta a	entro 10 giorni	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	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
		Colaborazione: 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

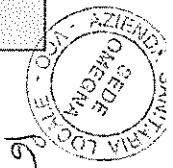


	e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Program. Gestione attività tecniche e manutenzione.					
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem. 15
9	Prevenzione corruzione/ 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 da 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 Otorinolaringoiatria Dr. Antonio Scotti		 Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso				

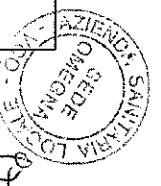


SOC PEDIATRIA

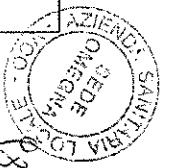
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018				
			Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.710.857	830.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. Peso medio DRG	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	N° prestazioni ambulatoriali 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 interospedaliero pediatrico che consenta di disporre di informazioni "ordinate" sulle condizioni del bambino prima del trasporto, durante ed all'arrivo nell'ospedale di riferimento.	Foglietto illustrativo	821	>=0,50	CG	Trim.	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.	Scheda	Entro 31.12.2018	DG	Annuo	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 reclami	Risposta a segnalazioni/ reclami	entro 10 giorni da ricevimento	U.R.P.	Sem.	4	



invata dall'U.R.P.



	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
6		Colaborazione 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
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	DG	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	
	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.	Parametri regionali		100%	UPI	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 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 (compresa 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

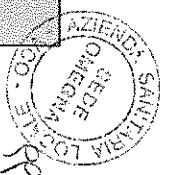
Direttore Soc Pediatria
Dr. Andrea Guaita

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

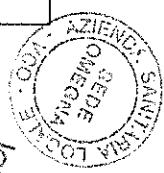
A.G. 20-6-18

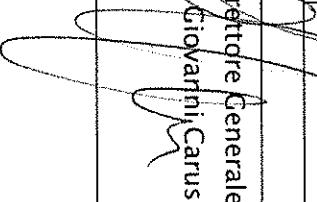
SOS IN STAFF PSICOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Obiettivi 2018		
					Fonte dati	Periodicità	Peso controllo
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	DG	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		Stesura verbali entro 10 giorni dalla data del focus group ed invio	DG	Annuo	4
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 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/CT	Annuo	3
		Recupero dati produzione		Prestazioni perse < 5%	CG	Annuo	4



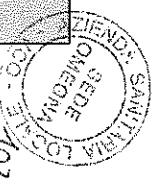
	numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5)						
5	Monitoraggio attività svolta da Psicologi ai sensi della DGR n. 101-13754/2010 "Governo clinico psicologia sanitaria"	Relazione		31.12.2018	DS	Annuo	18
6	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 – Area Territorio: collaborazione per la realizzazione del progetto progetto 2T "Ambulatorio adolescenti presso la Casa della Salute". Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Collaborazione		100%	DG	Trim.	5
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		90% incontri	DG	trim	4
8	Risk management	Indicatori regionali	Parametri Regionali	Rispetto programmazion e aziendale	DG	Annuo	4
9	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.			E.P. Q.A.	Annuo	5	
10	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		3.12.18 C	PP/M	Annuo	5
11	Qualità	Dati Indicatori	Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12	



8	Prevenzione della Corruzione / miglioramento della 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 delle azioni	1) nel corso dell'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 RADILOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018				
			Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	
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	539.804	580.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Prosecuzione attività 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		Monitoraggio mensile esami suddivisi per tipologie	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.	Sperimentazione attiva	Entro il 31.12.2018	DG	Annuo	4	
5 Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	
6 Azioni	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei	Rispetto		Applicazione	CG/I	Annuo	5



	strategiche aziendali	flussi informativi regionali e/o nazionali.	Contenuti/tempistica		100%	CT		
7	Risk management	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
8	Qualità	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
		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	
		Si rinvia alla scheda allegata.	Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	15



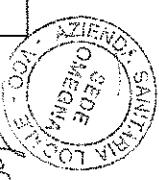
9	Prevenzione / corruzione / miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso 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 Radiologia

 Arturo Guazzoni

Direttore Generale

 Giovanni Garassio



Sos Dip RADIOTERAPIA



	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018
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	DG	Annuo	20
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard cui alla DCR n. 26-6421/2018	DG	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/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%	DG	Annuo	6

	azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e b) partecipazione alle sedute.	azioni b. presenza	b. 90%				
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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	6	
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	6	
7	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	"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	RPT	Sem.	8	



utilizzando uno schema proposto dal RPCT.

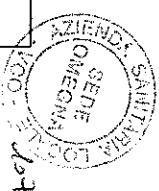
Direttore Sos Dip Radioterapia

Dr. Andrea Ballarè

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso

REGIONE LIGURIA ASL VCO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA - 01080502

S.O.S. RADIOTERAPIA - 7001
Dott. Andrea BALLARÈ
69994448

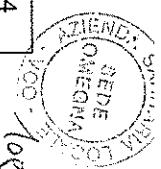


SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Obiettivi 2018
			2017		e 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	28.773	37.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva dei ricoveri con riguardo alle strutture ubicate sul territorio dell'ASL VCO: Casa di Cura Eremo di Miazzina e Istituto Auxologico Italiano di Piancavallo. Messa in atto (Verbania Cusio) ed implementazione (Ossola) del servizio di fisioterapia a domicilio	Monitoraggio		Relazioni trimestrali sui risultati del monitoraggio	DG	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Relazione	31.12.2018	DG	Annuo	4	
5 Reclami	Segnalazioni/reclami pervenuti all'U.R.P.: tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che deve pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.	Risposta a segnalazioni/reclami	entro 10 giorni da ricevimento lettera U.R.P.	U.R.P.	Sem.	4	



6	Azioni strategiche aziendali	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%	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 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 Q.A	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.	<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

Direttore Generale
Dr. Giovanni Garuse

Direttore Generale
Dr. Giovanni Garuse





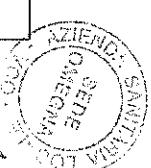
SOC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità	Peso
			2017			controllo	
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	3.466.747	3.120.000	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	Nº prestazioni ambulatoriali		11.865	12.500	CG	Trim.	2
3 Obiettivi specifici di Soc	Scheda monitoraggio ematochimico profilo metabolico e salute fisica nei pazienti in terapia con antipsicotici di nuova generazione o atipici.	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	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 DCR 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/tempist		Applicazione 100%	CG/I CT	Annuo	3

aziendali	iCa	Recupero dati produzione	Prestazioni perse < 5%	CG	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)	Collaborazione		100%	DG	Annuo	4
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".	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	1
Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento Territorio".	Compilazione scheda	Rilevazione mensile	DG	Mens.		4
Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet.	a.messa in atto azioni b. presenza incontri	a. 100% b. 90%	DG	Annuo	2	
Collaborazione: a) alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento interaziendale e b) partecipazione alle sedute.	Partecipazione corsi	Rispetto programmazion e aziendale	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.	Applicazione P.A.C.	Rispetto scadenza	DG	Annuo	4	
Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.						



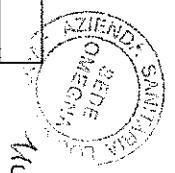
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A.	Annuo	4
		Salute e sicurezza del 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	Annua	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 (compresa 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 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

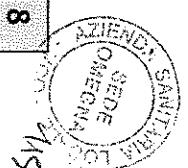


Direttore Soc Servizio Salute Mentale Territoriale

Dr. Carlo Ignazio Cattaneo

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso





SOC SERD

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonterati	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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	957.572	795.000	CG	Trim.	16
2	Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
3	Obiettivi specifici di Soc	N° prestazioni ambulatoriali			13.032	> 13.500	CG	Trim.
4	Obiettivi Regione	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. 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 corruttela.	Relazione		31.12.2018	DC	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.	Linee di indirizzo		31.12.2018	DC	Annuo	4

6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali.	Rispetto i.ca	Applicazione 100%	CG/ 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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	4	
	Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.	Rispetto scadenze	DG	Annuo	3	
7	Risk management	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell'Unità Gestione Rischio Clinico dell'ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.	Indicatori regionali	Parametri Regionali	E.P. Q.A	Annuo	4

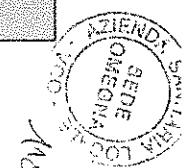


	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento 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 (compresa 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
		Pubblicazione	Aggiornamento tempestivo e completo	RPCT	Annuo	6

Dirttore Soc Serd

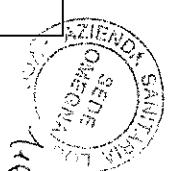
titore Soc Serd
hiara Crossa Lenz

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



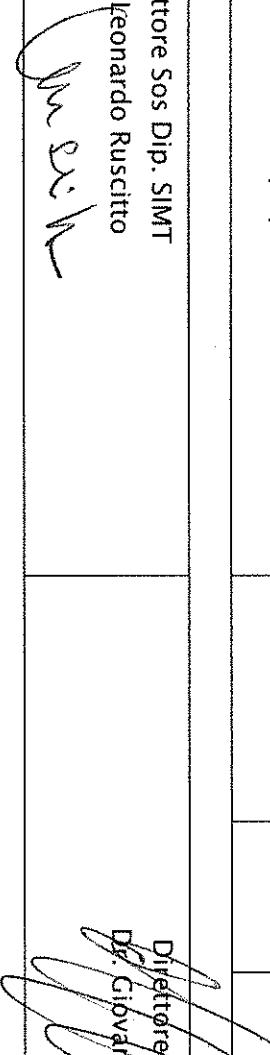
Sos Dip SIMT							Obiettivi 2018
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	1.246.308	1.600.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica. N° prestazioni ambulatoriali	Azioni			F	Trim.	3
3 Obiettivi specifici di Soc	Organizzazione e gestione del corso "L'appropriatezza della richiesta trasfusionale", seconda edizione.	Corso			Entro il 31.12.2018	DG	Annuo
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 cui alla DCR n. 26-6421/2018	DC	Annuo
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.
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 produzione	Rispetto contenuti/tempistica		Applicazione 100%	CG/CT	Annuo	4
		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	
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 programmazion 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
8	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 Q.A.	E.P. Q.A.	Sem. 15	

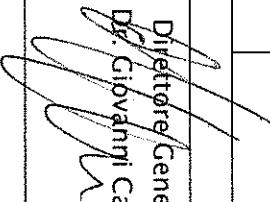
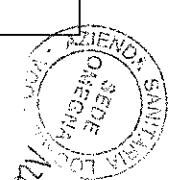


9	Prevenzione corruzione / miglioramento di trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL VCO (PTPCT) - Aggiornamento 2018-20" (adottato con deliberazione n. 77 del 31.1.2018) - Collaborazione: - alla messa in atto delle azioni previste nel Piano (compreso 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 PCTI.	1. Messa in atto azioni	1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	8
				2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			

Direttore Sos Dip. SIMT
Dr. Leonardo Ruscitto



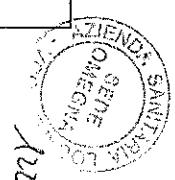
Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



Sos Dip SPDC						Obiettivi 2018	
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	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 comprensivo del target per la spesa farmaceutica.	Budget	46.731	60.000	CG	Trim.	16
2 Governo produzione	Messa in atto delle azioni previste nel Piano di Efficientamento 2018, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica.	Azioni			F	Trim.	3
	Peso medio DRC		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	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.	Documento organizzativo		31.12.2018	DG	Annuo	4
	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	DG	Annuo	4
4 Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR 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%	CC/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
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	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	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. Cestione 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) – 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

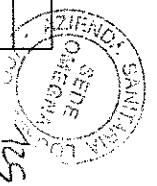
Direttore Sos Dip SPDC
Dr.ssa Ermelinda Zeppetelli

Direttore Generale
Dr. Giovanni Garuso



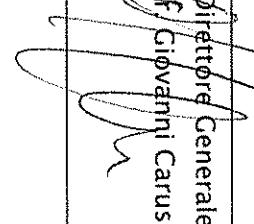
Soc UROLOGIA							Obiettivi 2018
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018, importo 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'attività svolta dalla Soc Urologia.	Progetto		31.8.2018	DG	Annuo	8
4 Obiettivi Regionale	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 DCR 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	ca	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)							
	Presenza incontri Gruppo di progetto aziendale "Coordinamento e sviluppo camere operatorie".	Presenza incontri		90% incontri	DG	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%	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 programmazion 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		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		



		Dati indicatori		Standard aziendali	E.P. Q.A.	Sem.	12
8	Qualità	Si rinvia alla scheda allegata.					
9	Prevenzione / corruzione / miglioramento di 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 PTPCT.	1. Messa in atto azioni	1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	8

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso



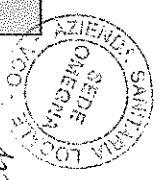


Direttore Soc Urologia
Dr. Danilo Centrella



SOC AFFARI GENERALI, LEGALI E ISTITUZIONAL

SOC AFFARI GENERALI, LEGALI E ISTITUZIONALI							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.	Budget	34.168	42.000	CG	Trim.	19
2 Obiettivi specifici di Soc	Miglioramento della tempestività e qualità del dato pubblicato nel sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Pubblicazione e monitoraggio		periodico	DG	Sem.	7
3 Obiettivi Regione	Monitoraggio attività libera professione individuale: verifica congruenza volumi attività istituzionale ed in libera professione.	Monitoraggio		semestrale	DG	Sem.	7
4 Reclami	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018. 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.	Rinvio indicatori di cui alla DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	9
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/CT	Annuo	3
	Realizzazione Progetto aziendale "Aprile 2018" di cui alla Deliberazione n. 176 del 28.2.2018 - Area Amministrativa: coordinamento progetti	Relazione (coordinamento)		15.4.2018	DG	Trim.	7



"Adeguamento disposizioni applicative Regolamento Europeo in materia di privacy" e collaborazione per la realizzazione del progetto 3A "Proseuzione progetto defibrillazione precoce sul territorio".	Collaborazione		100%				
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	
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 /planificazione 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	
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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	5	

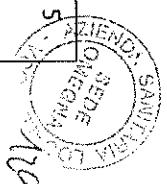


6	Risk management	Salute e sicurezza del lavoro: relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei (smaltimento). Il coordinamento verrà effettuato dalle Strutture Prevenzione e Protezione e Technico.	Relazione		31.12.2018	PP/T	Annuo	S
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		1) nel corso anno 2018	RPCT	Sem.	9
			2. Relazioni		2) entro 15.9.18 e entro 10.1.19			

Direttore Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali

Avv. Ginzia Meloda

Direttore Generale
Dr. Giovanni Caruso -

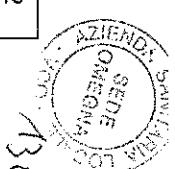


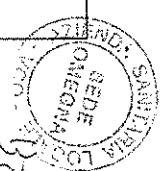


Sos in staff CONTROLLO DI GESTIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018		Periodicità	Peso
			Risultato 2017	Standard 2018		
1 Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.	Budget	161	1.100	CG	Trim.
2 Obiettivi specifici di Soc	Sviluppo di un programma per la compilazione del costo dei presidi (CP sperimentale) dell'ASL VCO in conformità alle indicazioni fornite dalla Regione Piemonte. Prosecuzione aggiornamento dei diversi programmi operativi collegati alla contabilità per centri di costo per adeguarli al vigente atto aziendale.	Programma		30.4.2018	DG	Annuo
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	Annuo
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.
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/CT	Annuo
	Coordinamento Gruppo di progetto aziendale "Flussi".	Relazione		31.3.2018	DG	Trim.
					10	

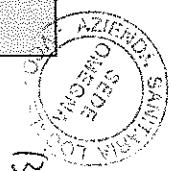
	Coordinamento per il riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di ridurre il numero di prestazioni non accettate dalla Regione (Flussi: C, C2, C4, C5).	Relazione		31.12.2018	DG	Annuo	12
	Collaborazione con la Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio per la predisposizione, 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
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 programmazion 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	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 Guerrini 	Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso 					

SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO

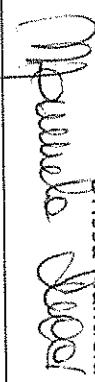
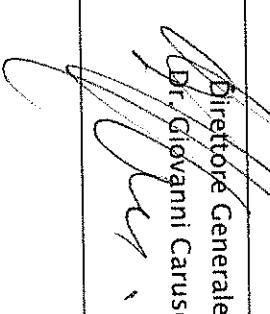


(3)

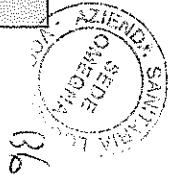
Obiettivi operativi						Indicatore		Risultato 2017	Standard 2018	Fonte dati	Periodicità controllo	Obiettivi 2018	Peso
Obiettivi strategici													
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato in applicazione del Bilancio di Previsione 2018.	Budget	5.945	11.000	CG	Trim.	14					
2	Obiettivi specifici di Soc	Predisposizione procedura P.A.C. per definire i termini per la liquidazione delle fatture. Messa a regime sistema SIOPÉ.	Procedura		15.5.2018	DG	Trim.	9					
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR 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 DCR n. 26-6421/2018	DG	Annuo	12					
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/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	DG	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/Revisione e procedure	Entro 31.12.2018	GEFP	Annuo	13	
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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	5
7	Prevenzione corruzione/ migliorament o trasparenza	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
		"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 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 	Direttore Generale Dr Giovanni Caruso 					

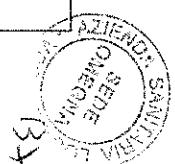




SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

	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.	Budget	69.081	65.000	CG	Trim.	11
2	Obiettivi specifici di Soc	Predisposizione di regolamenti in merito alla retribuzione di risultato del personale dirigenziale e del comparto Predisposizione base dati anagrafica e profili orari per l'impianto del nuovo applicativo "Gestione presenze e gestione giuridica del personale".	Regolamenti		Entro 31.12.18	DC	Annuo	6
3	Obiettivi Regione	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione con DCR n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura con deliberazione n. 184 del 28.2.2018.	Base dati/profilo orari		Entro 6 mesi dall'installazione nuovo applicativo	DC	Annuo	6
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.	Rinvio indicatori di cui alla DGR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DGR n. 26-6421/2018	DC	Annuo	8
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/CT	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 Sos in staff Prevenzione e Protezione, Soc DSO, Soc Dipsa.	Definizione fabbisogno /pianificazione percorso	30.6.2018	DG	Sem.	8
	Realizzazione di eventi formativi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori in sinergia con la Sos in staff Prevenzione e Protezione.	Eventi formativi	Almeno il 70% delle iniziative programmate entro 31.12.18	DG	Annuo	8
	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 R.P.C.T.	Definizione fabbisogno /pianificazione percorso	31.5.2018	DG	Quadr.	4
	Realizzazione di eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione in sinergia con R.P.C.T.	Eventi formativi	Almeno il 70% delle iniziative programmate entro 31.12.18	DG	Annuo	6
	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	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 programmazion e aziendale	DG	Annuo	2
	Messa in atto di un monitoraggio di indicatori di qualità secondo lo schema pubblicato in intranet (URP).	Compilazione scheda	Rilevazione mensile	DG	Mens.	4



		Tempestiva liquidazione delle fatture nel rispetto della tempistica indicata nella procedura P.A.C.	Applicazione P.A.C.	Rispetto scadenza	DG	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	"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 simili: 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 Personale e Formazione Dr.ssa Claudia Sala		Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso			



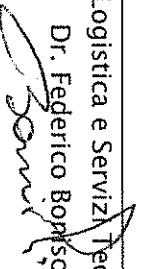
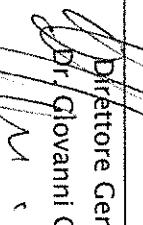
SOC LOGISTICA E SERVIZI TECNICI E INFORMATICI



						Obiettivi 2018		
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2017	Standard 2018	Fonte e dati	Periodicità di 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 dei target di spesa assegnato per l'anno 2018.	Monitoraggio	21.759.334	21.800.000	DG	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	DG	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 riteavimento 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	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%	DG	Annuo	7	
	Presenza incontri Gruppi di progetto aziendali: - "Flussi"	Presenza incontri		90% incontri	DG	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%	GEFP	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 programmazion 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 Technico. **	Relazione	31.12.2018	PP/T	Annuo	4
		Coordinamento, da parte del Responsabile della Sos Tecnico, dell'obiettivo assegnato alle strutture aziendali	Relazione	*	*	31.12.2018	



	per quanto attiene il rischio antincendio volto alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei.						
7	Prevenzione per la corruzione / miglioramento o trasparenza	"Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e 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.	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 Logistica e Servizi TECNICI e INFORMATICI Dr. Federico Bonisoli		Direttore Generale Giovanni Caruso				



Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Obiettivi 2018				
			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 Revisione 2018.	Budget	6.283	8.000	CG	Trim.	17
2 Obiettivi specifici di Soc	Proseguimento, in sinergia con la Sos tecnico, dell'attività di adeguamento antincendio di cui al decreto 19.3.2015.	Relazione		31.12.2018	DG	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 DCR n. 26-6421/2018		Rinvio standard di cui alla DCR n. 26-6421/2018	DG	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/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/planificazione percorso		30.6.2018	DG	Sem.	9

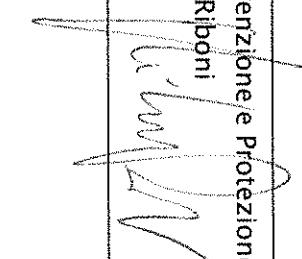


	Presenza incontri al Gruppo di progetto aziendale "Revisione procedure Medico Competente"	Presenza incontri		90% incontri	DG	Trim.	6
	Collaborazione con la Soc Gestione Personale e Formazione per la realizzazione di eventi formativi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori.	Collaborazione		100%	DG	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 programmazion 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	10
7	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) - 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	8



Direttore Sos in staff Prevenzione e Protezione

Ing. Paolo Riboni



Direttore Generale

Dr. Giovanni Caruso

