

PIRELLA ANNUALI

punti 35

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		1.718.485	1.668.485					
	Degenza ordinaria								
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital								
	Ambulatoriale		3.914.700	=			BC	trm.	6
	Totale produzione		3.914.700						
AZIONI STRATEGICHE	Mantenimento monitoraggio degli indicatori del PDTA aziendale ICTUS								
	Invio dati a EP Qualità								
Totale peso 100%									

(*) È ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)								
		SDO con intervento chirurgico (...)								
AMBULATORIALE	D-H	Peso medio DRG (peso)								
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011								
AMBULATORIALE	D-H	n. casi (unità)								
		Verifica regolarità pagamenti utenti PS curi è stato assegnato codice bianco								
AMBULATORIALE	D-H	Rispetto tempi attesa dal momento accettazione pz alla visita cod verdi/bianchi								
		Valorizzazione prestazioni (flusso C)		3.352.646	=			BC	Trm.	6
Totale peso 100%										

(*) È ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Promotario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	trm.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	trm.	3
	Totale peso 100%						

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li			UPRI	Annuale	5
		Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trm.	5
Totale peso 100%										

PIRELLA ANNUALI

punti 15

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	1. N° FFP codice giallo/ Tot. FFA x 100	1. 90%	1. FirstAid/CG	trimestrale	
		2. N° FFP gestione dolore secondo PDA/ Tot. FFP x 100	2. 90%	2. Scheda cartacea		
Totale peso 100%						

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	STANDARD	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO					
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza

12.09.2012

Il Direttore Generale

SCHEDE OBIETTIVI SOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323 54117 0324 4011 fax +39 0323 643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.it - www.aslvc.it

P.I./Cod.Fisc. 0069488033

SOC MEDICINA e CHIRURGIA d' URGENZA

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna Tel 0323 868210 Fax 0323 868250 e-mail : dea.vb@aslvc.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541581 Fax 0323 541395 e-mail : dea.vb@aslvc.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491233 Fax 0324 491321 e mail : dea.vb@aslvc.it

Direttore Dott. Paolo Gramatica

PROT. NR. 54032

Alla c.a. Direttore Amministrativo ASI VCO

Oggetto: monitoraggio obiettivi

In riferimento alla Sua di pari oggetto si segnala che nell'incontro del 11.6.2012 la scheda obiettivi non era stata firmata in quanto vi erano, tra l'altro, alcuni dati di budget non corretti poiché comprendevano ad esempio una quota di finanziamento del sistema 118 (convenzione ambulanze) non più afferente alla SOC MCU, così come era stato segnalato che la riduzione della spesa farmaceutica (5-6%) doveva essere fatta sullo speso 2011 e non su obiettivo 2011; contestualmente si era segnalato che la produzione di un Pronto Soccorso non è controllabile (imprevedibilità nel numero e nella tipologia di pazienti che vi accedono) e di conseguenza la valorizzazione flusso C2.

Per tutti questi motivi si era concordato di rivederci, con scheda modificata ed aggiornata soprattutto per il budget 118.

Essendo la scheda pervenuta, via mail, ancora comprensiva del finanziamento 118, ritengo sia opportuno avere un incontro al fine di ridefinire quanto sopra.

In attesa di Vostro cortese riscontro porgo cordiali saluti.

Il Direttore SOC
Medicina e Chirurgia d'Urgenza
dr. Paolo Gramatica

24.08.12

DIPARTIMENTO	EMERGENZA URGENZA
SOC	Medicina e Chirurgia d'Urgenza
RESPONSABILE	Dott. Paolo Grammatica
DATA INCONTRO	12/09/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si fa notare che sul piano costi e ricavi non deve più rientrare la parte relativa al 118 (convenzioni) che sono di competenza dell'A.S.O. di Novara pertanto sia i costi che i ricavi devono essere ridotti di circa 2.000.000 di Euro. Ciò determina un diverso importo di abbattimento dei costi. Si rileva inoltre che alcune attività (turni al Pronto Soccorso di Omega) e trasporti tra Presidi presentano, nell'anno in corso, un notevole incremento rispetto all'anno precedente anche dovuto al fatto che la gestione di tali servizi ricadeva solo parzialmente, ovvero per alcune mensilità, sull'anno appena trascorso. Tali problematiche, in particolare quelle correlate ai trasporti, risentono fortemente delle carenze di organico e dell'obsolescenza della tecnologia. Considerare nelle spese lo scorporo di acquisto turni COQ per P.S. (codice prodotto 12881)
1.2	Gestione produzione	Si rappresenta come, nel settore specifico, la domanda non è programmabile né controllabile.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Per quanto attiene alla spesa pro-capite relativa ai farmaci, si evidenzia un livello di spesa particolarmente basso e non facilmente ulteriormente comprimibile. Si chiede di considerare come budget di partenza la spesa anno 2011.

2. Gestione Ordinaria

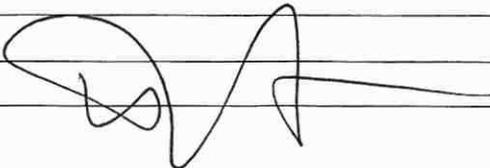
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.
------------	----------------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE 

PRIORITA' ANNUALI

punti 60

CONTROLLO ECONOMICO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	WEIGHT
	Costi di gestione		216,947	195,017	B.C.	trimestrale	35
	Attivazione della nuova procedura per il riconoscimento delle ore di sostegno agli alunni portatori di handicap così come previsto dalla normativa regionale.	N. domande - N. bambini visitati		100%		trimestrale	10
	Partecipazione a Gruppo di Coordinamento Regionale della SOC Medicina Legale	Partecipazione alle sedute		100%		trimestrale	15
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBJECTIVES	SOC CATEGORY	SOC INVOLVED	RES. RELEVANCE	PERIODICITA'	WEIGHT
Totale peso 100%							

QUALITA'	CONTENT OBJECTIVE	INDICATOR	STANDARD	RES. RELEVANCE	PERIODICITA'	POINTS
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Medicina Legale  17 SET, 2012

GESTIONE ORDINARIA

punti 40

FUNZIONE	CONTENT	INDICATOR	RESULT 2011	OBJECTIVE 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	WEIGHT
	Utilizzo sistema di rilevazione attività svolta	Invio report		31/12/2012		Annuale	18
	Attivazione del D. Lgs. 26.03.2001 n. 151, art. 17, comma 2, lettera A. Organizzazione attività procedimentale di rilascio dei provvedimenti di astensione per le gravi complicanze della gestazione.	N. domande presentate N. provvedimenti rilasciati		100%		trimestrale	18
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENT	DESCRIPTION	INDICATOR	RESULT 2011	OBJECTIVE STANDARD	RES. RELEVANCE	PERIODICITA'	WEIGHT
	RISCHIO CLINICO							
	Segnalazione eventi potenzialmente avversi		segnalazioni		100%	ALP		4
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENT OBJECTIVE	INDICATOR	STANDARD	RES. RELEVANCE	PERIODICITA'	POINTS
Totale peso 100%						

Il Direttore Generale 

SCHEDA OBIETTIVI SOC MEDICINA LEGALE





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC MEDICINA LEGALE

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna Tel 0323 868.360 Fax 0323 868.364 e-mail : medlegale.om@aslvco.it

Sede Operativa Verbania Tel 0323 541436 Fax 0323 556905 e-mail : medlegale.vb@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel 0324 / 491323 Fax 0323 491422 e-mail : medlegale.do@aslvco.it

DIRETTORE: dott.ssa Elena Barbero Tel 0323/ 868.361 e-mail: elena.barbero@aslvco.i

Protocollo 0049944/12 /ML-O/BE/be

Omegna, 05.08.2012

ASL VCO

Dott.ssa Pinuccia Primatesta

OMEGNA

Oggetto: proposta obiettivi 2012 SOC Medicina Legale

In relazione alla richiesta pervenutami da parte del Direttore Sanitario di indicare alcuni nuovi progetti/obiettivi per l'anno 2012, molto in sintesi propongo i seguenti:

- 1) PROGETTI: partecipazione a Gruppo di Coordinamento Regionale delle SOC Medicina Legale.

Si tratta di un gruppo misto Direttori SOC Medicina legale /funzionari regionali che, di norma si riunisce ogni 15 gg a Torino, per discutere le problematiche proprie delle SOC Medicina Legale ed elaborare linee guida

PARAMETRO: partecipazione alle sedute

- 2) PROGETTI: attivazione della nuova procedura per il riconoscimento delle ore di sostegno agli alunni portatori di handicap, così come previsto dalla normativa regionale (in questp momento non trovo i riferimenti di legge ma puoi anche non metterli).

Sostanzialmente la nuova procedura, previo accordo con i provveditorati, l'INPS la Regione e le ASL prevede che per aver diritto all'insegnante di sostegno l'alunno deve essere portatore di handicap anche lieve.

Le disposizioni sino ad oggi concordate con i soggetti sopra citati prevedono che le commissioni siano composte come di consueto ma che necessiti la presenza del Medico INPS e di uno specialista in NPI o equipollente.

PARAMETRO: numero domande = numero bimbi visitati

- 3) PROGETTI: attuazione del D.lgs 26.3.2001 n° 151 art. 17 comma 2, lettera a) che prevede l'interdizione dal lavoro per gravi complicanze della gestazione o preesistenti forme morbose

Il progetto consiste nell'organizzare l'attività procedimentale di rilascio dei provvedimenti di astensione per le gravi complicanze della gestazione o preesistenti forme morbose (da



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ora in avanti denominati **PROVVEDIMENTI**) e la conseguente gestione di tutta la procedura compresa l'adozione del provvedimento finale

PARAMETRO: n° domande presentate = numero di provvedimenti rilasciati

Per quanto riguarda il contenimento dei costi, faccio presente che a maggio 2012 sono stata costretta a fare un trasloco che mi è stato imposto, con non è stato concordato e che ha creato una serie di disagi ed un incremento dei costi rispetto al progetto originario di ri-distribuzione dei servizi dato che dovevano essere interessati solo il Distretto ed il consultorio.

Chiederei pertanto che le spese di questa sciagurata operazione non siano imputate alla SOC Medicina Legale ma a chi non ha saputo meglio organizzare questi spostamenti

Ciao Elena



Il Direttore S.O.C. Medicina Legale
(dott.ssa Elena Barbero)

NB: già anticipata via e-mail

PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		111.169	100.798	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		446.040	=	BC	Trim.	5
	Totale produzione		446.040				
	Differenza costi/produzione						
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ambulatoriale e di ricovero)	verifica utilizzo			I.C.T.	Trim.	4
(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali							
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLUTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Pronto Soccorso Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	6
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	5
Totale peso 100%							

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
PDTA Frattura di femore nell'Anziano - 1. N° pz presi in carico entro le 48 h dall'intervento quando chirurgica secondo DCR n. 19-2664, pag. 66	1. N° pz presi in carico entro le 48 h dall'intervento quando chirurgica secondo DCR n. 19-2664, pag. 66	90%	Schede Carisce/THI da attivazione e registrazione consulenze	trimestrale			
Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità - rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		annuale			
Cartella dati per monitoraggio percentuali di cura	Trasmissione dati a ET Organizza Qualità Accrediamento	100%		trimestrale			
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATI	PERIODICITA'	PESO
	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
		Peso medio DRG (peso)						
	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011						
		n. casi (unità)						
	AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)		14.179	=	BC.	Trim.	8
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (e)		368.219	=	BC.	Trim.	8
	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	Verif. Applicaz			100%	ASA	Trim.	9
(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali								
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	5
		RISCHIO CLINICO						
Totale peso 100%								

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
PDTA Tumori della Laringe - 1. Applicazione della fase gestione post-chirurgica Percorso di Cura Aziendale pag. 49 di 54 - DCR 27-3628 28 marzo 2012	N° pz presi in carico entro le 48 h dalla richiesta di consulenza quando indicato/Tot. Pz con richiesta di consulenza x 100	90%	Schede Carisce/THI da attivazione e registrazione consulenze	Trimestrale			
Percorso Ictus - 1. Applicazione della fase gestione post-ictus N° pz presi in carico entro le 48 h	N° pz presi in carico entro le 48 h dalla richiesta di consulenza /Tot. Pz con richiesta di consulenza x 100	90%	Cartacce/THI da attivazione e registrazione consulenze	Trimestrale			
Percurso di Cura Aziendale Ictus ISK 4.3 Post-dalla accurate e riabilitazione pag. 123-125 - DCR 27-3628 28 marzo 2012		100		Trimestrale			
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Geriatria

11/10/2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBBIETTIVI SOC GERIATRIA





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC Geriatria

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Sedi Operative Omegna - Verbania - Domodossola
Omegna Tel. **0323 868308** Fax 0323 868307
Verbania Tel. 0323 541538
e-mail : geriatria.om@aslvco.it

ASL VCO
0040537/12
19/06/2012
Comp.:18
30

Omegna, 19 giugno 2012



Alla Direzione Generale
ASL VCO

Al Nucleo di Valutazione
ASL VCO

Oggetto: obiettivi SOC Geriatria ASL VCO anno 2012.

In riferimento a quanto in oggetto, dopo un'attenta disamina degli obiettivi assegnati si precisa quanto segue:

1. "costi di gestione": molti dei costi attribuiti non sono sotto diretto controllo del sottoscritto. Ho provveduto a richiedere al settore "controllo di gestione" l'analitico delle singole voci. Potrebbe quindi essere fin d'ora prevedibile una revisione di questo obiettivo rispetto alle possibilità dirette di intervento del contenimento della spesa.
2. "adesione al Prontuario Aziendale/Regionale": gli indicatori specificano adesione > 98% per i ricoverati e > 95% per le prescrizioni in dimissione. La SOC di Geriatria non ha disponibilità di letti di degenza, per cui la valutazione è legata all'attività ambulatoriale (unica sede di prescrizione). L'adesione al prontuario nella misura richiesta è da intendersi per i dati successivi all'assegnazione dei presenti obiettivi (data discussione 11.06.2012 – scheda non ancora pervenuta allo scrivente) e per farmaci a carico del SSN.
3. PDTA (frattura femore dell'anziano – Tumori della laringe – Ictus): come noto è in corso la modifica di alcune delle procedure dei percorsi in linea con una recente delibera Regionale (DGR 27/2012). Potrà essere quindi prevedibilmente necessario rivalutare tali obiettivi in funzione delle variazioni dei percorsi.

Rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti porgo

Cordiali saluti

Dr. Fabio Di Stefano
Direttore SOC Geriatria

REGIONE PIEMONTE - A.S.L. 114 - V.C.O.
POLIAMBULATORIO DI OMEGNA - 000834
S. C. GERIATRIA - 2102
Dott. Fabio Di STEFANO
0001779



BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	Area Medica
SOC	GERIATRIA
RESPONSABILE	Dott. Fabio di Stefano
DATA INCONTRO	11/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOFILA	SOC. COINVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		1.016.006	912.742			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria		1.459.586	=			BC	Trim.	3
	Day-hospital		782.878	=			BC	Trim.	2
	Ambulatoriale		257.264	=			BC	Trim.	2
	Totale produzione		2.499.728						
<i>(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali</i>									
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo cartella informatizzata ove disponibile (ambulatoriale e di ricovero)	clinica verificata utilizzo					I.C.T.	trimestrale	4
Totale peso 100%									

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC. CAPOFILA	SOC. COINVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Promhario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	4
Totale peso 100%							

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PERIODICITA'	PESO
	Redazione definitiva e validazione delle seguenti procedure: 1. accoglienza e ammissione ambulatorio urologia 2. visita urologica e biopsia prostatica 3. refertazione biopsia prostatica	Procedure	N. 3	Trim.	
	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità rischio	Nota protocollo dei direttori		100%	Annuale
	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmissione dati Organizzazione Accreditamento		100%	Trim.
Totale peso 100%					

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTI DATI	PERIODICITA'	PESO
	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		357	=	B.C.	Trim.	2
		SDO con intervento chirurgico (...)		334	=	B.C.	Trim.	2
	D-H	Peso medio DRG (peso)		1,73	=	B.C.	Trim.	2
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4.2495 del 03/09/2011			Standard reg.	B.C.	Trim.	4
	AMBULATORIALE	n. casi (unità)		440	=	B.C.	Trim.	2
		n. prestazioni (flusso C)		7.168	=	B.C.	Trim.	2
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		215.018	=	B.C.	Trim.	2
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA		4
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.ih	UPRI	annuale	5
		RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	semestrale
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Urologia

19.06.2012

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Adriano BIACOLETTI

SCHEDA OBIETTIVI SOC UROLOGIA



DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	UROLOGIA
RESPONSABILE	Dott. Danilo Minocci
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenziano perplessità per quanto attiene i tagli lineari effettuati in sede di definizione del budget.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Si rileva l'impegno di verificare la possibilità di effettuare le prime visite presso il Presidio di Verbania (rispetto agli interventi richiesti dall'A.S.A. per il contenimento tempi di attesa).
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

PRIORITA' ANNUALI

punti 53

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Costi di gestione						
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		91.523	=	BC	Trim.	5
	Totale produzione		91.523				
Differenza costi/produzione							
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
	D-H	Peso medio DRG (peso) Apropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 42495 del 03/08/2011						
	AMBULATORIALE	n. casi (unità) n. prestazioni (flusso C) valorizzazione prestazioni (flusso C) (€) Messa in atto interventi richiesti da ASA per contenimento tempi di attesa		4.114	=	BC.	Trim.	9
				91.523	=	BC.	Trim.	9
					100%	ASA	Trim.	7
verifica applicaz.								
Totale peso 100%								

FENOMENO	DESCRIZIONE	Indicatore	DATO 2011	Obiettivo 2012	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
AZIONI STRATEGICHE	Monitoraggio aree di intervento psicologico individuate come LEA regionali (DGR n. 101-13754 del 29/3/2010 allegato 2)			Report anno 2012 distinti per area contenenti gli indicatori di cui all'allegato 2			
				31.12.2012		Annuale	50
		Totale peso 100%					

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
		ALTRO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio clinico	Verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MOD. RILEVAZIONE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	1. stesura protocollo di coordinamento interventi psico-oncologici comprensivo di guida ai servizi socio assistenziali - PSR 4.1.2	1. Documento	validazione aziendale	Pubblicazione su sito intranet	Annuale	Annuale	

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'						

Antonio Pirelli
Il Direttore SOS DIP Psicologia

19.07.2012

Il Direttore Generale *[Signature]*



DIPARTIMENTO	Salute Mentale
SOS DIPARTIMENTALE	Psicologia
RESPONSABILE	Dr. Filiberti
DATA INCONTRO	19/7/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	/
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità
1.3	Azioni strategiche	/
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	/

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità

Investimenti/Conto Capitale		

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

Dr. Filiberti

PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		624.429	608.527	BC	Trim.	15
	Degenza ordinaria		378.803	=	BC	Trim.	3
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		2.620.903	=	BC	Trim.	3
	Totale produzione		2.999.706				
1) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali							
	Documentazione di controllo in merito all'appropriatezza delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture ubicate nel territorio di competenza	Riduzione n. prestazioni erogate da strutture	> 2011			Trim.	22
	Rimodulazione attività per recupero prestazioni svolte all'esterno	Documento		31.8.2012		Trim.	6
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RES. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Pronto Soccorso Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	3
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
Totale peso 100%							

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
	PTDA Frattura di Femore nell'Anziano post-2. N° pz presi in carico dal chirurgo secondo DGR n. 19/2664 pag. 68 cap. 29 allegato A	1. N° pz con FTI entro 48 h dall'intervento/ Tot. Pz operati per FFA x 100	1. 90%	Schede Cartacee/PHI/Paridok	trimestrale	2. 90%
	PTDA Tumori della Laringe - Elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale e consulenza del Logopedista	1. N° pz TdI con impostazione del PRI entro 48 dall'intervento chir./Tot. Pz operati per TdI x 100	80%	Schede Cartacee/PHI	trimestrale	
Totale peso 100%						

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
		n. dimessi (unità)		53	=	B.C.	Trim.	2
		Peso medio DRG (peso)		3,02	=	B.C.	Trim.	2
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.L. n. 4/2495 del 03/08/2011			Standard reg.	B.C.	Trim.	4
		n. casi (unità)						
		n. prestazioni (flusso C)		108.480	=	B.C.	Trim.	3
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		2.390.931	=	B.C.	Trim.	3
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	6
1) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali								
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale	5
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
	PTDA Tumori della mammella - 1. Redazione della procedura aziendale operativa counselling fisioterapico 2. Attivazione fisioterapia e formazione del personale 3. Identificazione e formazione del personale	1. Validazione sul sito internet Aziendale 2. N° pz con attivazione FT entro 7 gg dalla richiesta /n° pz con richiesta FT 3. Peggiorazione corso di formazione	1. 75% 2. 75% 3. Accreditamento ECM	PHI/Paridok Espletamento corso	annuale	
	Percorso Ictus - 1. Redazione procedura PRI - PSR 4.3 Postacute e riabilitazione pag. 123-125 - DGR 27/3028 28 marzo 2012 2. Applicazione POA PRI 3. Applicazione POA	1. Validazione procedura aziendale 2. N° pz con PRI entro 5 gg dal ricovero N Tot. Pz con richiesta PRI x 100 (silde n. 12 e 20 progetto Ictus)	1. Validazione su Sito Aziendale 2. 75% 3. Accreditamento ECM	1. Pubblicazione Sito Internet 2. Schede Cartacee/PHI	1. Annuale 2. Trimestrale	
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC RRF

[Signature]

19.06.2019

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBBIETTIVI SOC RECUPERO RIEDUCAZIONE FUNZIONALE



DIPARTIMENTO	POST ACUZIE
SOC	RRF
RESPONSABILE	Dott.ssa Marina Buttè
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Si evidenzia il numero insufficiente di medici.
1.3	Azioni strategiche	Si rappresenta una certa difficoltà, connesse alla mancanza di personale, a controllare i ricoveri inappropriati, governando il percorso di inserimento dei pazienti nelle Case di cura e negli Istituti.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE

PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Studio di fattibilità		entro il 31.12.2012		Annuale	10
	Progetto validato dalla Direzione Generale e sua applicazione		Progetto entro il 30.09.12; applicazione entro il 31.12.12		Trimestrale	25
	Progetto validato dalla Direzione Generale e sua applicazione		Progetto entro il 15.09.12; applicazione almeno su un presidio ospedaliero entro il 30.09.12		Trimestrale	10
	Implementazione raccomandazione Check list sala operatoria		entro il 31.12.2012		Annuale	10

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZI ONE	PERIODICITA'	PESO
	Elaborazione progetto "revisione modello assistenziale area osterica ospedaliera"						
	Implementazione raccomandazione Check list sala operatoria su entrambe le strutture ospedaliere						
Totale peso 100%							

QUALITA'		CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
		Obiettivi di qualità individuati dalla Responsabile EP Organizzazione Sistema Qualità Accrediatamento, Dott.ssa Bianchi, indicati nel documento del 23/05/2012.		Rinvio al documento del 23/05/2012		Trimestrale	
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	DESCRIZIONE	INDICATORE	STANDARD	PERIODICITA'	PESO
	Attivazione progetto "Frec team Intraospedaliero"		Progetto validato dalla Direzione Generale e sua applicazione		6
	Aggiornamento e formazione continua programmazione e gestione eventi formativi rivolti a personale dipendente con il solo utilizzo di risorse professionali interne		1 - Attivazione percorsi formativi 2 - Operatori coinvolti		6
	Tutela della salute lavoratori D.Lgs. 81/2008: progettazione e gestione programma formativo "sul campo" per la prevenzione del rischio da movimentazione del paziente.		Formazione completa presso 2 strutture con elevato rischio		5
	Tutela della salute lavoratori D. Lgs. 81/2008: progettazione ed implementazione percorso per la gestione degli operatori con limitazione e prescrizione alla movimentazione dei pazienti.		Mantenimento di una percentuale di operatori nelle SOC di degenza con piano di lavoro personalizzato		5

FUNZIONE	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale	4
	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%	ALP	Trim.	4
Totale peso 100%							

QUALITA'		INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
Totale peso 100%						

punti 15

Il Direttore SOC SITRPO

17.08.2012

Il Direttore Generale



SCHEDA OBIETTIVI SOC SITRPO





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	/
SOC	SOC SITRPO
RESPONSABILE	Dr. Marcello Senestraro
DATA INCONTRO	17 agosto 2012

1. Priorità annuali	
Gestione produzione	Con riferimento all'obiettivo "elaborazione progetto area ostetrica ospedaliera" il raggiungimento dell'obiettivo è condizionato dalle eventuali decisioni strategiche aziendali relativamente al mantenimento o meno di due unità operative sui due presidi diversi.

2. Gestione Ordinaria	
Governo della produzione	Nessun rilievo da effettuare
Risk management	Nessun rilievo da effettuare

3. Qualità/ Appropriatelyzza	
Qualità	Nessun rilievo da effettuare

Investimenti/Conto Capitale	

FIRMA RESPONSABILE



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOHLA	SOC CONVOLTE	RES.P. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		735.634	658.435				BC	Trin.
									35
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Degenza ordinaria		1.720.943	=				BC	Trin.
	Day-hospital		21.457	=				BC	Trin.
	Ambulatoriale		321.907	=				BC	Trin.
	Totale produzione		2.064.307						2
CONTROLLO TEMPI ATTESA	Utilizzo cartella informatizzata (ove a disposizione ambulatoriale e di ricovero)			100				ICT	Trin.
									4
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOHLA	SOC CONVOLTE	RES.P. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		533	=				BC	Trin.
		Peso medio DRG (peso)		1,38	=				BC	Trin.
GOVERNO PRODUZIONE (*)	D-H	Approp. rispetto soglie DGR 4 2495/11			Standard reg.				BC	Trin.
		n. casi (unità)		16	=				BC	Trin.
		n. prestazioni (flusso C)		12.364	=				BC	Trin.
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		234.214	=				BC	Trin.
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa			100%				ASA	Trin.
		verifica applicaz.								4
Totale peso 100%										

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOHLA	SOC CONVOLTE	RES.P. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trin.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trin.	4
							4
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOHLA	SOC CONVOLTE	RES.P. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI			Rispetto indicatori reg.li				UPRI	Annuale
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico			100%				A.I.P.	Trin.
RISK MANAGEMENT	ALTRO	Verifica applicazioni								5
										5
Totale peso 100%										

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	1. N° non conformità alla PO/ N° schede terapia elaborata X 100 2. N° errori/ N° schede terapia elaborata X 100 - Standard PO 39-NEU 01		1. < 10% 2. < 5%	Schede Cartacee/PHI	trimestrale	
	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità -rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		annuale	
Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmissione dati a EP Organizzaz. Qualità Accredimento	100		trimestrale	
	Applicazione PDTA Ictus	Trasmissione dati a EP Organizzaz. Qualità Accredimento	100		trimestrale	
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Neurologia

Fulvio Romano

14.06.2012

Il Direttore Generale

Silvia...

SCHEDA OBIETTIVI SOC NEUROLOGIA



DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CARDIO E NEUROVASCOLARI
SOC	NEUROLOGIA
RESPONSABILE	Dott.ssa Julita Patrizia
DATA INCONTRO	14/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Si rappresenta la necessità relativa all'incremento dei ricoveri legati alla circostanza della carenza di filtro nell'ambito del DEA.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	<i>Julita Patrizia</i>
--------------------	------------------------

PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATI	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		1.194.129	1.073.422	BC	Trim.	35
		Degenza ordinaria					
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital						
	Ambulatoriale		343.427	=	BC	Trim.	3
	Totale produzione		343.427				
AZIONI STRATEGICHE	Progetto operativo di integrazione nelle aree della prevenzione, diagnosi e cura tra SerT e DSM, come richiesto dal PPSR 2012/15	Progetto		31.12.2012		Annuale	10
	Totale peso 100%						

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
		Peso medio DRG (peso)						
GOVERNO PRODUZIONE (*)	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011						
		n. casi (unità)		16.349	=	BC.	Trim.	5
		n. prestazioni (flusso C)		343.427	=	BC.	Trim.	5
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	Messa in atto interventi richiesti da ASA x contenimento tempi attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	5
		Rivalutazione pazienti inseriti in strutture esterne	N° pazienti rivalutati		100%		Annuale	10
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Promtuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
	Totale peso 100%						

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'		CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
1. Applicazione indicazioni Percorso di Cura Aziendale pag. 40 di 54			1. N° pz con esito consulenza SerT entro tre settimane dalla richiesta / Totale pz TdL con consulenza Ser.T	100%	Schede Cartacee/THI/Asier	trimestrale	
Totale peso 100%							

QUALITA'		CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Ser.T.

[Signature]

27.07.12

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI SOC SER.T.



PRORITA ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOBILA CONVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		4.534.827	4.099.798			Trim.	35
	Degenza ordinaria							
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital							
	Ambulatoriale		9.235.384	=		BC	Trim.	2
	Totale produzione		9.235.384					
	1100 gestione costi produzione							
AZIONI STRATEGICHE	Azioni volte ad un inserimento corretto dei dati di attivita	Report di verifica dati				100	Trim.	2
	Valutazione appropriata prescrizioni esami di laboratorio effettuati da SOC Ospedale	n. prescrizioni		< 2011			Trim.	14
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza sino in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOBILA CONVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unita')							
		SDO con intervento chirurgico (...)							
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	Peso medio DRG (peso)							
		Appropriatazza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011							
GOVERNO PRODUZIONE (*)	D-H	n. casi (unita')							
		n. prestazioni (flusso C)		1.438.809	=		B.C.	Trim.	5
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		6.280.603	=		B.C.	Trim.	6
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicazione		100		ASA	Trim.	9
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOBILA CONVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione target spesa	Importo assegnato		F	Trim.	2
Totale peso 100%						

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOBILA CONVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li		UPRI	Annuale	5
		Messa in atto interventi previsti dall'Unita di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%		A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%									

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	PDTA Frattura di Femore N° FFA con reterazione test nell' Anziano - Applicazione della emato-chimici entro un'ora fase gestione in MCU secondo DGR della chiamata da MCU/Tot. n. 19-2664, pag. 61 cap. 29 allegato A FFA x 100	80%	DNWEB	trimestrale		
		Totale peso 100%				

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA/FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Rispetto tempistiche nell'organizzazione/consulenze referiti secondo disposizioni o norme	Tempi definiti a livello aziendale	100%	Schede cartacee/ICT	Trimestrale	
		Individuazione di 1 dirigente responsabile qualità/rischio	Nota protocollata del Direttore	100%		Annuale

Il Direttore SOC Laboratorio Analisi

Copfero M
25.06.2012

Il Direttore Generale

Stefano

SCHEDA OBIETTIVI SOC LABORATORIO ANALISI





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	Laboratorio Analisi
RESPONSABILE	Dr. Cappuccia
DATA INCONTRO	25/6/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Per il laboratorio analisi i costi fissi incidono in misura rilevante: da qui la difficoltà a prevedere risparmi significativi. Inoltre si è già effettuato un forte taglio delle spese negli anni pregressi.
1.2	Gestione produzione	Nulla da rilevare
1.3	Azioni strategiche	Nulla da rilevare
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Nulla da rilevare

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Nulla da rilevare
2.2	Risk management	Nulla da rilevare

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	Nulla da rilevare
-----	---------	-------------------

Investimenti/Conto Capitale

		Nulla da rilevare
--	--	-------------------

FIRMA RESPONSABILE



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		1.858.587	1.681.047	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		138.645	=	BC	Trim.	9
	Totale produzione		138.645				
	Differenzia con produzione						
AZIONI STRATEGICHE	Azioni volte ad un inserimento corretto dei dati di attività	Report di verifica dati		100		Trim.	4
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
		n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
		Peso medio DRG (peso)						
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 42495 del 03/08/2011						
		n. casi (unità)						
		n. prestazioni (flusso C)		3.986	=	B.C.	Trim.	8
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (F)		126.029	=	B.C.	Trim.	8
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	9
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLUTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	7
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'		CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
		PDIA Trattura di Femore nell'anziano - Applicazione della fase gestione in M/CU secondo DGR n. 192649, pag. 61 cap. 29 dalla chiamata da M/CU/ Tot. BF allegato A	N° BF con referenziazione emogruppo e T.S. entro un'ora secondo DGR n. 192649, pag. 61 cap. 29 dalla chiamata da M/CU/ Tot. BF x 100	80%	Scheda cartacea	trimestrale	
		Rispetto tempistiche nell'erogazione/consulenze secondo disposizioni o norme	Tempi definiti a livello aziendale	100%	Schede cartacee/Fonit datif: ICT	trimestrale	
Totale peso 100%							

QUALITA'		CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Individuazione di 1 dirigente responsabile qualità/rischio	Nota protocollata del Direttore	100%		Annuale	
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC SIMT

Copfero

25.06.2012

Il Direttore Generale

Alfano

SCHEDA OBIETTIVI SOC SIMT





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	SIMT Verbania
RESPONSABILE	Dr. Cappuccia
DATA INCONTRO	25/6/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Nulla da rilevare
1.2	Gestione produzione	Nulla da rilevare
1.3	Azioni strategiche	Nulla da rilevare
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Nulla da rilevare

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Nulla da rilevare
2.2	Risk management	Nulla da rilevare

3. Qualità/ Appropriatezza

3.1	Qualità	Nulla da rilevare
-----	---------	-------------------

Investimenti/Conto Capitale

		Nulla da rilevare
--	--	-------------------

FIRMA RESPONSABILE



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILIA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		816.908	738.938			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria								
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital								
	Ambulatoriale		1.270.840	=			BC	Trim.	3
	Totale produzione		1.270.840						
	Difficoltà attività produttive								
AZIONI STRATEGICHE	Azioni volte ad un inserimento corretto dei dati di attività	Report verifica					100	Trimestrale	3
	Attuazione progetto organizzativo	Progetto					30/09/2012	Trimestrale	14
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO	
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)							
		SDO con intervento chirurgico (...)							
		Peso medio DRG (peso)							
GOVERNO PRODUZIONE (*)	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4.249 del 03/08/2011							
		n. casi (unità)							
		n. prestazioni (flusso C)		18.065	=		B.C.	Trim.	8
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	valorizzazione prestazioni (flusso C) (F)		224.805	=		B.C.	Trim.	8
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%		ASA	Trim.	9
Totale peso 100%									

GESTIONE ORDINARIA punti 30

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILIA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE							
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%		A.L.P.	Trim.
Totale peso 100%								

punti 15

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILIA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO								
		Prima Frattura di Femore nell'anziano Applicazione della fase gestione in MCU secondo DCR 19/2664 pag. 61 cap. 29 all. A	N° pz con referenziazione Emonegroppo e T.S. entro un'ora dalla chiamata da MCU/ToI. F2 FFA x 100	80%					
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO								
		Rispetto tempistiche nell'erogazione/consulenze referenti secondo disposizioni o norme	Tempi definiti da azienda	100%					
Totale peso 100%									

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO							
		Individuazione 1 dirigente responsabile qualità/rischio	Nota protocollata Direttore		100%		Annuale	
Totale peso 100%								

Il Direttore SOC Centro Produzione Emocomponenti

25.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC CENTRO PRODUZIONE EMOCOMPONENTI





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	Centro di Produzione Emocomponenti
RESPONSABILE	Dr. Borsotti
DATA INCONTRO	25/6/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Nulla da rilevare
1.2	Gestione produzione	Nulla da rilevare
1.3	Azioni strategiche	Nulla da rilevare
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Nulla da rilevare

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Nulla da rilevare
2.2	Risk management	Nulla da rilevare

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Nulla da rilevare

Investimenti/Conto Capitale		
		Nulla da rilevare

FIRMA RESPONSABILE 



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	PESO
AZIONI STRATEGICHE	Costi di gestione		788.246	788.246	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale						
	Totale produzione						
<i>Efficienza nell'assistenza</i>							
Azioni volte a migliorare l'appropiatezza prescrittiva							
		Incontri Comm. Farmac		non <10 anni			8
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	INDICATORE	SOC CAROBIAS STANDARD	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	Monitoraggio adesione prontoario terapeutico		F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Monitoraggio		F	Trim.	4
	Coord. Protocolli Soc Onc. M.L. Nefr.	Coordinamento		F	Trim.	4
	Totale peso 100%					

punti 15							
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI	
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE		Assegnazione farmaco dimissione paziente	N° accessi	18.500	=	F	Trim.	12
		Gestione preparazioni analgiche	N° preparazioni	250	=	F	Trim.	13
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
		ALTRO	Messa in atto interventi previsti dall'Unita di Rischio Clinico a seguito di segnalazioni	Segnalazioni	100%	ALL.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

punti 15							
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI	
	Monitoraggio consumo farmaci relativi alle procedure aziendali gestione del dolore e profilassi antitrombotica	Allineamento con indicazioni aziendali	100	F	trimestrale		
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Farmacia

Carlo Ruffi

IL DIRETTORE GENERALE

Dot. Antonio Diaccolletto

SCHEDA OBIETTIVI SOC FARMACIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
SOC	FARMACIA
RESPONSABILE	Dott.ssa Laura Poggi
DATA INCONTRO	04/07/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Si sottolinea una prossima riduzione del personale a cause di due assenze per maternità e un pensionamento.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	---



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	DESCRIZIONE	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CARORHIA	SOC CONINVOLTE	RSR. RILEVANZA	PERIODICITA'	PESO
GESTIONE ATTIVITA'	Collaborazione alla predisposizione del Piano Locale di Prevenzione	Formale evidenza della collaborazione		Documento					15
	Collaborazione alla predisposizione della richiesta di finanziamento con riguardo al progetto Interreg	Formale evidenza della collaborazione		Documento					15
	Sistema di valutazione qualità ed efficacia di proposte di interventi di educazione alla salute	Griglia di valutazione qualità ed efficacia degli interventi		Documento					25
Totale peso 100%									

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CARORHIA	SOC CONINVOLTE	RSR. RILEVANZA	PERIODICITA'	PESO
Totale peso 100%							

punti 15									
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RSR. RILEVANZA	PERIODICITA'	PUNTI			
Totale peso 100%									

Il Direttore SOS Educazione Sanitaria

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE	GESTIONE ATTIVITA'	Prosecuzione per l'anno scolastico 2011/12 del progetto "Chi non rischia"	Interventi effettuati nelle classi individuali nel PLP		100%			15
		Prosecuzione per l'anno scolastico 2011/12 al programma di educazione sessuale in collaborazione con il consultorio	Interventi effettuati negli ordini di scuola individuati nel PLP		100%			10
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RSR. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Segnalazioni		100%	ALP		5
Totale peso 100%								

punti 30							
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RSR. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI	
Totale peso 100%							

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOS EDUCAZIONE SANITARIA



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		23.433.014	22.621.468	BC	Trimestrale	26
	D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012	Progetto		entro 30/06/12			2
	preparazione contenzioso economico	Diminuzione n. postazioni		< 2011		Annuale	7
	partecipazione alla selezione di protocolli con MIS o Smart -double e partecipazione di servizi contrattuali	Accordo		31/12/12		Trimestrale	8
	applicazione del governo - riabilitazione per il lavoro di strutture riabilitative di territorio	Applicazione percorso		20%		Trimestrale	8
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAROPIELA	SOC CONVOITE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Prontuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F		2
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F		2
Totale peso 100%							

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI
	Applicazione della fase gestionale territoriale secondo DGR n. 19-2664/ pag. 68 cap. 29 allegato A	Trasferimento precoce in unità di post-accizie riabilitativa geriatrica quando indicato da PRI	80%	Schede cartacee/PRI/Pratidok	Trimestrale	
Totale peso 100%						

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
		ADI casi		111	=	DIST	trimestrale	4
		Screening casi		2.480	=	DIST	trimestrale	4
		Screening valorizzazione		18.927	=	DIST	trimestrale	4
		SID casi		941	=	DIST	trimestrale	4
		ADP casi		803	=	DIST	trimestrale	4
		Monitoraggio mobilità passiva dei DRG inappropriati			standard regionali	BC	trimestrale	6
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		RISCHIO CLINICO			100%	ALP		4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Segnalazioni					
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI
	Conclusioni redazione e validazione della POA "Interruzione farmacologica della Gravidanza" (bozza PO 17-OG1 06 RU 486)	1. n° delle donne che completano l'iter nei tempi previsti/totale donne eleggibili 2. n° donne che effettuano il controllo entro la 22a giornata/totale donne eleggibili	1 - 90 2 - 90	Schede cartacee	Trimestrale	
	Applicazione procedura aziendale assistenza domiciliare in puerperio	n. donne che richiedono assistenza domiciliare in puerperio/Totale donne	100%	Agenzia GRAVIDANZA	Trimestrale	
Totale peso 100%						

Il Direttore *Sec. Distretto Domodossola*

27.01.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI DISTRETTO DOMODOSSOLA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	
SOC	DISTRETTO DOMODOSSOLA
RESPONSABILE	Dott. Romano Ferrari
DATA INCONTRO	27/07/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si segnala che l'obiettivo è difficilmente raggiungibile.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PROGETTA ANNUALI

punti 55

PERIODO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CARTELLA	SOC CONVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		63.521.892	61.779.256			BC	Trimestrale	26
	D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012	Progetto		entro 30/06/12					2
	Adempimento certificato prescrizione	Diminuzione n. postazioni		< 2011				Annuale	7
	Adempimento alla richiesta di prescrizione	Accordo		31/12/12				Trimestrale	8
	Applicazione del percorso assistenziale per il servizio di pronto soccorso di emergenza	Applicazione percorso		20%				Trimestrale	8
Totale peso 100%									

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE								
GESTIONE ATTIVITA'								
		ADI casi		93	=	DIST		4
		Screening casi		2432	=	DIST		4
		Screening valorizzazione		18.561	=	DIST		4
		SID casi		606	=	DIST		4
		ADP casi		478	=	DIST		4
		Monitoraggio mobilità passiva dei DRG inappropriati			standard regionali	BC	Trimestrale	6
Totale peso 100%								

PERIODO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CARTELLA	SOC CONVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F		2
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F		2
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT								
		RISCHIO CLINICO						
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Segnalazioni		100%	ALP		4
Totale peso 100%								

punti 15

PERIODO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI
	Applicazione della fase gestione territoriale secondo DGR n. 19-2664/ pag. 68 cap. 29 allegato A	Trasferimento precoce in unità di post-accizie riabilitativa geriatrica quando indicato da FRI	80%	Schede cartacee/PHI/Paradok	Trimestrale	
Totale peso 100%						

PERIODO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI
	Conclusioni redazione e validazione della POA "Intervento Farmacologico della Gravidenza" (bozza PO 17-OGJ 06 RU 486)	1. n° delle donne che completano l'iter nei tempi previsti/totale donne eleggibili 2. n° donne che effettuano il controllo entro la 22a giornata/totali donne eleggibili	1 - 90 90	Schede cartacee	Trimestrale	
	Applicazione procedura aziendale assistenza domiciliare in puerperio	n. donne con richiesta assistenza domiciliare in puerperio/Totali donne	100%	Agenda GRAVIDANZA	Trimestrale	
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Distretto Verbania

[Signature]

19.07.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI DISTRETTO VERBANIA



SOC	Distretto Verbania
RESPONSABILE	Dr.ssa Bolongaro
DATA INCONTRO	19/7/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si rileva la difficoltà nel perseguire l'obiettivo e l'incomprimibilità del 70% del budget assegnato. Si metteranno comunque in atto tutte le azioni utili al fine di realizzare un contenimento della spesa.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità

Investimenti/Conto Capitale		

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

PROGETTA ANNUALI

punti 53

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		20.652.779	20.000.042	BC	Trimestrale	26
APPLICAZIONE D.G.R.	D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012	Progetto		entro 30/06/12			2
AZIONI STRATEGICHE	Diminuzione n. postazioni			< 2011		Annuale	7
	Accordo			31/12/12		Trimestrale	8
	Applicazione percorso			20%		Trimestrale	8
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CARATTERI	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Promotario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F		2
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F		2
	Totale peso 100%						

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI		
Applicazione della fase gestione territoriale secondo DCR n. 19-2664 pag. 68 cap. 29 allegato A	Trasferimento precoce in unita' di post-accuie riabilitativa geriatrica quando indicato da PRI	80%	Schede cartacee/PH/Paritok	Trimestrale		Totale peso 100%	

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE	GESTIONE ATTIVITA'	ADI casi		93	=	DIST		4
		Screening casi		1794	=	DIST		4
		Screening valorizzazione		13691	=	DIST		4
		SID casi		521	=	DIST		4
		ADP casi		406	=	DIST		4
		Monitoraggio mobilita' passiva dei DRG inappropriati				standard regionali	BC	Trimestrale
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unita' di Rischio Clinico	Segnalazioni		100%	ALP		4
Totale peso 100%								

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PUNTI		
Conclusioni redazione e validazione della POA "Interruzione Farmacologica della Gravidenza" (bozza PO 17-OGI 06 RU 486)	T. n. delle donne che completano i ritr. nei tempi previsti/ totale donne eleggibili	1 - 90 90	Schede cartacee	Trimestrale		Totale peso 100%	
Applicazione procedura aziendale assistenza domiciliare in puerperio	n. donne con richiesta assistenza domiciliare in puerperio/ Totale donne	100%	Agenza GRAVIDANZA	Trimestrale		Totale peso 100%	

Il Direttore SOC Distretto Omegna

04.07.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI DISTRETTO OMEGNA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	
SOC	DISTRETTO OMEGNA
RESPONSABILE	Dott. Bartolomeo Ficili
DATA INCONTRO	04/07/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenzia l'impossibilità del raggiungimento di questo obiettivo legato ad un incremento della domanda di prestazioni dirette legate al distretto (es. ossigeno, ventilo-terapia, ausili) e la incomprimibilità del 70% del budget assegnato come già evidenziato in relazioni precedenti.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Si rappresenta che un'ostetrica è stata assunta con fondi di un progetto ormai terminato per cui a novembre concluderà il suo servizio né lo stesso potrà essere prorogato. Pertanto si rappresenta la criticità relativa al fatto che il progetto connesso alla assistenza domiciliare alle puerpere potrebbe essere interrotto.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	FORNTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Rendere operative le iniziative definite dal P.S.S.R. 2012/15 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di aree sovrazonali, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza	Rispetto adempimenti regionali		100%		Trimestrale	10
	Realizzare il progetto di ospedale unico articolato su due sedi, per i presidi di Verbania e di Domodossola, secondo le indicazioni regionali	Progetto		Rispetto scadenza regionale		Trimestrale	10
	Supervisione per quanto attiene l'attuazione della chiusura del Punto Nascita dell'ospedale di Domodossola e l'attivazione del altoparlato di Innodinamica	Attività di supervisione				Trimestrale	15
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontuario Aziendale/Regionale	Assegnazione obiettivi agli specialisti convenzionati			F	Trim	15
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim	5
	Totale peso 100%						

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FORNTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE	GESTIONE ATTIVITA'	Monitoraggio tempi di attesa in attuazione al Piano Regionale ed Aziendale	Rendiconto periodico		2 mensili	ASA	Mensile	5
		Individuazione interventi da parte dell'ASA per il contenimento dei tempi di attesa da assegnare alle SOC aziendali	Interventi		100%	ASA	Trim.	15
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Individuazione da parte dell'UPRI di azioni di contenimento del rischio infettivo da assegnare alle strutture	Azioni		100%	UPRI	trimestrale	5
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Segnalazioni		100%	ALP	trimestrale	5
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
	P.T.A. Frattura di femore nell'Anziano - Applicazione della fase gestione in MCU secondo DGR n. 19-2664, pag. 64 e 66 cap. 29 allegato A: gestione operativa dei posti letto e delle S.O. - DGR 27-3628/28 marzo 2012	1. N° pz con trasferimento precoce (entro 2 ore)/Tot. Pz FFA x 100 2. Redazione di P.O.A. attivazione delle S.O. in Urgenza-Emergenza	1. < 10 % 2. Redaz. Procedura Aziendale	1. FirstAid/PHI/ADT 2. Pubblicazione Sito Intranet	1. Annuale 2. Trimestrale	
Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Direzione Sanitaria

Ilwuro

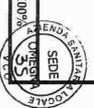
Ke F. J. P. M.

29.07.2012

Il Direttore Generale

Ilwuro

SCHEDA OBIETTIVI SOC DIREZIONE SANITARIA



DIPARTIMENTO	
SOC	DIREZIONE SANITARIA
RESPONSABILE	Dott. Vincenzo De Stefano
DATA INCONTRO	27/07/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Si segnala la difficoltà alla gestione contemporanea Direzione Sanitaria/ Assistenza Specialistica Ambulatoriale.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	PDTA Frattura di femore dell'anziano: il primo indicatore va integrato con la frase: "quando coinvolta la Direzione Sanitaria."

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

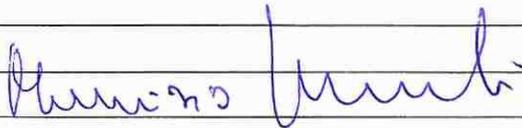
DIPARTIMENTO	PATOLOGIE AREA MEDICA
SOC	NEFROLOGIA
RESPONSABILE	Dott. Maurizio Borzumati
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenzia la necessità di concentrare l'attenzione sulla dialisi peritoneale e l'emodialisi nell'ottica di massimizzare i moduli dialitici da utilizzare al fine di perseguire un'economia di spesa.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		163.953	163.953	BC	Trim.	15
	Ambulatoriale		332.622	=	BC	Trim.	2
	Totale produzione		332.622				
Deficit per la gestione produttiva							
	Kimodulazione attivita' per recupero prestat. da strutture esterne	Documento		31.8.2012		Semestrale	5
	Protocolli con Alas e S. Famiglia	N° protocolli		almeno 2		Trim.	8
	Effettuazione controlli sull'appropriatezza delle prestazioni riabilitative presso strutture ubicate sul territorio	Riduzione n. prestazioni erogate da strutture		> 2011		Trim.	22
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	n. dimessi (unita')	n. dimessi (unita')						
	SDO con intervento chirurgico (...)							
	Peso medio DRG (peso)							
	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 42495 del 03/08/2011							
	n. casi (unita')							
	n. prestazioni (flusso C)							
	valorizzazione prestazioni (flusso C) (G)			331.652	=	B.C.	Trim.	14
	Messa in atto interventi richiesti da ASA x contenimento tempi attesa				100%	ASA	Trim.	11
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBETTIVI	SOC CARICATA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Frontuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	3
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO				100%	A.L.P.	Trim.	5
	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unita' di Rischio Clinico	verifica applicazioni					
Totale peso 100%								

punti 15

CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO	QUALITA'	
						Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità-rischio	Nota protocollata dei Diretori
		100%		Annuale			
Totale peso 100%							

CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO	QUALITA'	
						Raccolta dati per il monitoraggio dei percorsi di cura	Tramissione Dati a EP Qualità
		100		Trim.			
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Npi

19.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC NPI





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	MATERNO INFANTILE
SOC	NPI
RESPONSABILE	Dott.ssa Tiziana Martelli
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Rispetto al progetto riferito alla rimodulazione dell'attività si evidenzia la difficoltà a rispettare la data indicata ovvero il 31/08/2012.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		567.952	510.542					35
		Degenza ordinaria							
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital								
	Ambulatoriale		628.916	=			BC	Trim.	5
	Totale produzione		628.916						
AZIONI STRATEGICHE	Raccolta dati per il monitoraggio dei percorsi aziendali								
	Invio dati a EP Org. Qualita'			100				Trim.	6
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Socio Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	4
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)								
		SDO con intervento chirurgico (...)								
		Peso medio DRG (peso)								
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011								
		n. casi (unità)								
		n. prestazioni (flusso C)		4.333	=			BC	Trim.	8
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	valorizzazione prestazioni (flusso C) (€)		387.295	=			BC	Trim.	8
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa								
		verifica applicaz.			100%			ASA	Trim.	9
Totale peso 100%										

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Messi in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%										

punti 15

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità - rischio	Nota protocollata dei direttori	100%					annuale	
Totale peso 100%									

punti 15

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC. CAPOPIOLA	SOC. CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità - rischio	Nota protocollata dei direttori	100%					annuale	
Totale peso 100%									

Il Direttore SOG Endoscopia Digestiva

28.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA



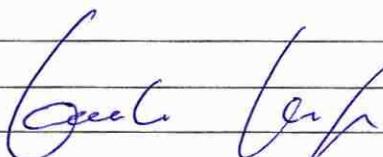
DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
RESPONSABILE	Dott. Facciotto
DATA INCONTRO	28/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si rappresenta una notevole difficoltà a contenere i costi senza ridurre l'attività (in particolare le prestazioni complesse che richiedono materiale di alto costo).
1.2	Gestione produzione	Si evidenzia, per l'anno 2012, un incremento di produzione per quanto attiene l'attività di screening (prevenzione serena) con conseguente aumento di costi.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Si sottolinea la necessità di completamento delle attrezzature endoscopiche già concordato con la precedente Amm.ne e di cui esiste richiesta informatica e cartacea. .

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	OBBIETTIVO 2012	SOC	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
AZIONI STRATEGICHE	Costi di gestione	2.964.944	2.662.723			BC	Trim. 35
		Degenza ordinaria				BC	Trim. 3
		Day-hospital				BC	Trim. 3
		Ambulatoriale				BC	Trim. 2
		Totale produzione	6.106.554				
Differenza costi/produzione							
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ove a disposizione (ambulatoriale e di ricovero))					ICT	Trim. 4
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPPIOLA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim. 4	
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim. 4	
					F		
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTI DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		1.271	=	B.C.	Trim. 2	
		SDO con intervento chirurgico (...)		931	=	B.C.	Trim. 2	
		Peso medio DRG (peso)		1,64		B.C.	Trim. 2	
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011				B.C.	Trim. 4	
		n. casi (unità)		392		B.C.	Trim. 2	
		n. prestazioni (flusso C)		14.116		B.C.	Trim. 2	
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		375.589		B.C.	Trim. 1	
		Rispetto parametri di cui alla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011 (tunnel carpale)		92		Standard reg. => 90	B.C.	Trim. 4
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa				100%	ASA	Trim. 3
		verifica applicaz.						
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale 4	
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim. 4	
RISCHIO CLINICO								
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO	
QUALITA'	PDTA Frattura di Femore nell'Auziano - Applicazione della fase gestione in MCU secondo DGR n. 19-2664, pag. 61 cap. 29 allegato A	della chiamata da MCU/Tot	1. 80%	1. FirstAid	1. Trimestrale	100%	
		Chiamate per FRP da MCU x 100	2. 60%	2. SDO	2. Trimestrale		
		2. N° FFA operati con entro 48 dal ricovero/ N° pz FFA operati x 100	3.	3. Pubblicazione Sito Intranet	3. Annuale		
		3. Redazione POA per la gestione del bilancio idroelettrolitico nel pz anziano	4. 100%	4. Scheda cartacea/PHI	4. Trimestrale		
		4. N° pz con gestione dolore secondo POA/ Tot. pz x 100	5. 70%	5. Scheda cartacea/PHI	5. Trimestrale		
5. Rimozione catetere vescicale entro 72 h/ Tot. Pz TCR x 100							
Totale peso 100%							

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO	
QUALITA'	Identificazione di 1 Dirigente responsabile qualità-rischio	Nota protocollata dei direttori	100		annuale	100	
		Raccolta dati per il monitoraggio dei percorsi di cura					
		Trasmissione dati e FR Organizzazione Qualità Accreditamento					
Trimestrale							
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Ortopedia

F. Bellini

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBBIETTIVI SOC ORTOPEDIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
RESPONSABILE	Dott. Paolo Mosoni
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si rileva il fatto che cercando di contenere i costi si vanno ad allungare le liste d'attesa e conseguentemente i pazienti si spostano.
1.2	Gestione produzione	Si evidenzia un incremento dell'ambito traumatologico a fronte di un calo del personale medico.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	In relazione al percorso PDTA Frattura di femore si richiede di valutare la possibilità di ottenere deroghe per quanto attiene l'accesso del paziente nell'ambito del fine settimana a causa della carenza di personale medico.
-----	---------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE

Paolo Mosoni



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	PESO
CONTR OLLO ECONOMICO	Costi di gestione		4.272.863	3.840.945	BC	Trim.	28
	Degenza ordinaria		813.956	=	BC	Trim.	3
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		250.897	=	BC	Trim.	3
	Totale produzione		1.064.853				
	<i>Efficienza costi/produzione</i>						
	Uniformità dell'attività riabilitativa del DSM sulle 3 sedi	Procedura		31.12.2012		Annuale	7
	Progetto operativo di integrazione nelle aree della prevenzione, diagnosi e cura tra SerT e DSM, come richiesto dal PRSR 2012/15	Progetto		31.12.2012		Annuale	7
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	PESO
		n. dimessi (unità)		329	=	B.C.	Trim.	1
		Peso medio DRG (peso)		1,05	=	B.C.	Trim.	1
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4.2495 del 03/08/2011			Standard reg.	B.C.	Trim.	3
		n. prestazioni (flusso C)		11.594	=	B.C.	Trim.	2
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (e)		245.614	=	B.C.	Trim.	2
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	3
		Rivalutazione situazione dei pazienti inseriti in Strutture riabilitative residenziali convenzionate finalizzate all'individuazione di progetti riabilitativi alternativi al ricovero	Progetto		31.12.2012		Annuale	11
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza sino in analogia con le indicazioni regione

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Promtuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% rricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESF RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	annuale	3
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	semestrale	4
Totale peso 100%								

punti 15

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATA	PERIODICITA'	PESO
	Monitoraggio procedure aziendali Invio dati a EP con raccolta degli indicatori di Organizzaazione Qualità processo	Organizzaazione Qualità Accredimento	100%			Trim.	
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESF RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità - rischio	Nota protocollata dei direttori		100		Annuale	
Totale peso 100%								

Il Direttore Dipartimento Salute Mentale

[Signature]

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI DIPART. SALUTE MENTALE



DIPARTIMENTO	Salute Mentale
SOC	
RESPONSABILE	Dr. Farina
DATA INCONTRO	19/7/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si tratta di un obiettivo difficilmente raggiungibile. Si segnala che, rispetto alla quota del 5%, la psichiatria spende poco più del 2% inoltre molti inserimenti in strutture derivano da indicazioni da parte del tribunale. Premesso ciò si segnala la disponibilità a mettere in atto tutte le azioni al fine di operare un contenimento anche effettuando una rivalutazione dei pazienti inseriti in comunità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità

Investimenti/Conto Capitale		

FIRMA RESPONSABILE

PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		2.221.990	2.014.337	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale						
	Totale produzione						
	<i>Efficienza costi/produzione</i>						
AZIONI STRATEGICHE	Attuare il consenso dell'arancio nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA	N° strutture censite		Dato Regione		Annuale	20
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA

punti 30 + 15 qualità = 45

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	GESTIONE ATTIVITA' PIANO REGIONALE PREVENZIONE							
		Si rinvia al documento allegato						40
Totale peso 100%								

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE							
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	RISCHIO CLINICO							
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%	A.L.P.	semestrale	5
Totale peso 100%								

punti 15 (da sommarsi ai punti gestione ordinaria)

QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI
Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI
Totale peso 100%						

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

11.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI Dipartimento di Prevenzione



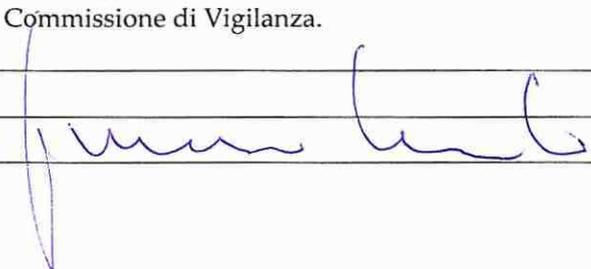
DIPARTIMENTO	PREVENZIONE
SOC	
RESPONSABILE	Dott. Francesco Lembo
DATA INCONTRO	11/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si cercherà (ove possibile) di ridurre il numero di auto aziendali al fine di contenere i costi di manutenzione/gestione
1.2	Gestione produzione	Le criticità sono legate alla esistenza di procedure a volte desuete che impegnano risorse altrimenti destinate. Si sta facendo un monitoraggio affinché dette procedure possano essere superate.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Si segnala la possibilità di utilizzare PC e stampanti destinati in precedenza allo svolgimento di altre e diverse funzioni rispetto all'attività della Commissione di Vigilanza.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

REGIONE PIEMONTE - ASL VCO OMEGNA
 PROPOSTA OBIETTIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ANNO 2012
 SCHEDA GENERALE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



GESTIONE ORDINARIA

Obiettivo 2012	Descrizione azione	Indicatore	Standard	SOC coinvolte	Responsabile Obiettivo	Responsabile Aziendale rilevazione	Peso
Controllo spesa vaccinale	Rendicontazione mensile delle giacenze, acquisto mensile laterale sul programma di lavoro immediato - statistica semestrale copertura - rendicontazione annuale di tutta l'attività svolta - riduzione score- riduzione dosi non utilizzate	Attivazione sistema di monitoraggio mensile di consumi e giacenze	100%	SISP	Direttore SISP		
Programmazione vaccinazioni contro pneumococco, meningococco, virus HPV	invio attivo di tutti i soggetti in età pediatrica (0-15 anni) come previsto dal PPPV; partecipazione alla UCAD (Ufficio di Coordinamento Distrettuali) Attività di almeno un corso specifico di formazione ECM rivolto ai MMG	Invito a tutti i soggetti in età pediatrica come indicato dal PPPV partecipazione all'UCAD Organizzazione almeno di un evento formativo accreditato ECM destinato ai MMG	copertura >90% fascia 0-24 mesi pneumococco, meningococco coperturaz 65% 15enni meningococco copertura >65% HPV coorte 2000 partecipazione ad almeno 3 UCAD organizzazione di almeno 1 evento ECM per MMG	SISP	Direttore SISP		
Implementazione della sorveglianza delle infezioni batteriche invasive attraverso i laboratori	miglioramento del sistema di sorveglianza attraverso l'acquisizione di referti di isolamento microbiologico da laboratorio e controllo retroattivo delle informazioni di ritorno dal SeREMI al fine di individuare eventi sfuggiti o sorvegliati in modo inadeguato	acquisizione dei referti di isolamento microbiologico	100%	SISP	Direttore SISP		

Obiettivo 2012	Descrizione azione	Indicatore	Standard	SOC coinvolte	Responsabile Obiettivo	Responsabile Aziendale rilevazione	Peso
Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico (fascia età 0 - 6 anni)	richiesta alle Direzioni Didattiche di partecipazione al Progetto "Cartella di AFFY Futapercoli" con invio del materiale .organizzazione di una o più giornate informative/formative per le scuole aderenti all'iniziativa le quale daranno avvio a percorsi educativi a partire da settembre 2012, supporto tecnico alle scuole partecipanti al Progetto.	invio richiesta di adesione al progetto Direzione Didattiche organizzazione di almeno due eventi formativi per ciascuna scuola	100% (invio richiesta adesione al progetto a tutte le Direzioni Didattiche ed Istituti Comprensoriali) 100% delle scuole che aderiscono al progetto	SISP	Direttore SIAN		
Sorveglianza nutrizionale di popolazione	Esecuzione degli interventi previsti nelle scuole primarie per la sorveglianza Okkio alla Salute 2012.	N.di interventi nelle classi assegnate	100% (n. 23 classi)	SIAN	Direttore SIAN		
Vigilanza nutrizionale	Garantire sopralluoghi di vigilanza nutrizionale nelle mense scolastiche e assistenziali. Nie corso dei sopralluoghi sarà effettuata almeno una valutazione del rispetto delle indicazioni presenti nei menù approvati e della qualità (nutrizionale, merceologica, organolettica, ecc.) degli alimenti e preparazioni servite.	n° sopralluoghi eseguiti/sopralluoghi programmati	100% (n° 20 sopralluoghi programmati)	SIAN	Direttore SIAN		
Verifica dei menù nella ristorazione scolastica ed assistenziale	Valutazione dei menù inviati al Servizio e valutazione diete speciali per allergie, intolleranze, motivo etico - religiosi relativi all'anno 2012.	Rapporto tra menu/diete speciali pervenute ed esaminati	100% (rapporto = 1)	SIAN	Direttore SIAN		
Attività Integrata SIAN - SVET Area B	Svolgimento delle attività comuni previste dal Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare	n° totale interventi eseguiti nelle attività agrituristiche	100%(n. 10 controlli programmati)	SIAN -SPV AREA B	Direttore SIAN		

Obiettivo 2012	Descrizione azione	Indicatore	Standard	SOC coinvolte	Responsabile Obiettivo	Responsabile Aziendale rilevazione	Peso
<p>assicurare i risultati raggiunti nel 2011 relativamente al numero di cantieri edili ispezionati come da linee di indirizzo regionali di cui alla nota prot. 10562/DB2000 dell'11-4-2011 tenendo conto delle attuali difficoltà congiunturali e delle organizzazioni dei Servizi</p>	<p>Migliorare l'azione di prevenzione nel settore edile potenziando possibilmente l'attività di vigilanza congiunta con la DPL (programmazione e coordinamento congiunto delle azioni preventive sia formative che di vigilanza/controllo) secondo le indicazioni del Piano nazionale e regionale di prevenzione 2010-2012</p>	<p>n. di cantieri da ispezionare indicati dalla Regione per il 2010 e 2011 mantenimento n. di cantieri ispezionati nel 2011 n. di cantieri ispezionati in vigilanza congiunta /totale cantieri ispezionati</p>	<p>100% (94 cantieri da ispezionare indicati dalla regione per il 2011) 90% dei cantieri controllati nel 2011 (118 cantieri) 20% di ispezioni congiunte (DTL -SPRESAL) sul totale dei cantieri da ispezionare</p>	<p>SPRESAL</p>	<p>Direttore SPRESAL</p>		
<p>Utilizzo efficace ed appropriato delle risorse umane/strumentali /finanziarie secondo le finalità del Patto per la tutela della salute nei luoghi di lavoro (DPCM 17-12-2007)</p>	<p>Monitoraggio e valutazione dell'attività di vigilanza e controllo. Le azioni di controllo si ispirano ai principi dell'efficacia ,appropriata professionalità ed organizzativa concentrando le attività ai settori/comparti a maggior rischio per la salute in base alle mappe di rischio ed ai dati sull'andamento del fenomeno infortunistico e delle MP dell'applicativo Epiwork</p>	<p>n. di interventi ispettivi eseguiti - indicatore di copertura % di unità locali controllate /unità locali totali* *Dite attive nel VCO fonte Flussi Informativi INAIL,ISPESL,REGIONE Piemonte</p>	<p>- 100% (114 aziende controllate) - 100% (livello copertura 5%)</p>	<p>SPRESAL</p>	<p>Direttore SPRESAL</p>		
<p>Sperimentazione sul campo dell'applicativo OCCAM per la prevenzione dei tumori di possibile origine professionale nei comparti a maggior rischio (metalmecanica)</p>	<p>ricostruzione retrospettiva delle storie espositive di lavoratori di una nota azienda metalmeccanica del VCO dove sono stati rilevati eccessi di casi di neoplasie a carico del polmone e della laringe .</p>	<p>acquisizione dall'azienda di documentazione sanitaria ,DVR e di indagini di igiene industriale</p>	<p>100%(valutazione congiuntamente alla Sez. di igiene industriale dell'ARPA di tutta la documentazione acquisita</p>	<p>SPRESAL</p>	<p>Direttore SPRESAL</p>		

Obiettivo 2012	Descrizione azione	Indicatore	Standard	SOC coinvolte	Responsabile Obiettivo	Responsabile Aziendale rilevazione	Peso
Attuazione dell'attività di vigilanza programmata per il 2012 - compresa attività di vigilanza integrata Aree A e C	Svolgimento attività di vigilanza prevista da PRISA e PLP e Reg. CE	n° totale interventi eseguiti	90% (n. 87 controlli sugli allevamenti censiti di cui 18 in vigilanza integrata area A e C)	SPV A	Direttore SPV A		
Prevenzione della diffusione delle malattie infettive del bestiame in alpe	Attività di controllo documentale e diagnostico delle mandrie provenienti da fuori regione	n° controlli delle mandrie di provenienza extraregionale segnalate	100% (segnalazioni)	SPV A	Direttore SPV A		
Svolgimento delle attività di vigilanza integrata prevista dal PAISApert Il Dipartimento di Prevenzione, nell'ottica del raggiungimento di obiettivi sanitari comuni per la sicurezza alimentare del consumatore	Svolgimento dell'attività programmata di vigilanza prevista dal PAISA e PLP	n° totale interventi eseguiti nelle attività agrituristiche	100% (n. 10 controlli programmati)	SPV B SIAN	Direttore SPV B		
Registrazioni nei sistemi informatici regionali di tutti i dati delle attività di vigilanza peculiari del SPV Area B presso le strutture di macellazione (ispezioni ante e post mortem, supervisione veterinaria, inserimento dati in Infomacelli, segnalazioni malattie trasmissibili, check list sottoprodotto e check list benessere)	Utilizzazione a regime degli applicativi per produzione report statistici	Report di attività di vigilanza presso macelli	100% (registrazioni nei sistemi informativi regionali di tutti i dati di attività presso le strutture di macellazione)	SPV B	Direttore SPV B		
Plena applicazione dell'attività di vigilanza programmata per il 2012 e dei Piani speciali nazionali e regionali.	Svolgimento attività programmata di vigilanza associata ai seguenti Piani Speciali : - Piano Nazionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale, prodotti nei siti d'interesse nazionale 2012 (Pieve Vergonte) - Piano regionale monitoraggio della fosforasi alcalina nel latte alimentare bovino pastorizzato	n° totale interventi eseguiti	100% (attività programmata Piano Nazionale siti d'interesse nazionale. 30 allevamenti ovicaprini con prelievo di latte) 100% (attività programmata Piano regionale uguale o superiore a 5 prelievi di latte alimentare bovino pastorizzato)	SPV C	Direttore SPV C		

Obiettivo 2012	Descrizione azione	Indicatore	Standard	SOC coinvolte	Responsabile Obiettivo	Responsabile Aziendale rilevazione	Peso
<p>Mantenimento della rendicontazione informatizzata di tutte le attività di Autotrasporto animali nel sistema informativo regionale ARVET aggiornato al 2012</p>	<p>registrazione in ARVET di tutte le attività di autotrasporto con gli aggiornamenti riguardo le autorizzazioni in scadenza e l'inserimento di eventuali nuove attività; adeguamento alle vigenti normative delle autorizzazioni rilasciate negli anni precedenti e loro inserimento nel 2012, nel sistema ARVET (inserimento anagrafica e Attività di controllo/trasporto animali)</p>	<p>n° inserimenti anagrafica n° controlli</p>	<p>100% (tutte le attività di autotrasporto animali autorizzate al 2012)</p>	<p>SPV C</p>	<p>Direttore SPV C</p>		
<p>Il Direttore Dipartimento di Prevenzione (Dott. Francesco LEMBO)</p>				<p>Il Direttore Generale ASL (Dott. Adriano GIACOLETTO)</p>			

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOPIOLA	SOC CONINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		2.548.303	2.310.155			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria		1.666.040	=			BC	Trim.	2
	Day-hospital		3.076.907	=			BC	Trim.	2
	Ambulatoriale		517.084	=			BC	Trim.	2
	Totale produzione		5.260.031						
	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ove a disposizione ambulatoriale e di ricovero)	verifica utilizzo		100			ICT	Trim.	4
Totale peso 100%									

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOPIOLA	SOC CONINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	n. dimessi (unità)			469	=			B.C.	Trim.	2
	Peso medio DRG (peso)			1,50	=			B.C.	Trim.	2
	Appropriatazza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011				Standard regione			B.C.	Trim.	5
	n. casi (unità)			927	=			B.C.	Trim.	2
	n. prestazioni (flusso C)			20.269	=			B.C.	Trim.	2
	valutazione prestazioni (flusso C) (E)			499,777	=			B.C.	Trim.	2
	Rispetto parametri di cui alla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011 (Chimioterapia)				standard regione			B.C.	Trim.	4
	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa				100%			ASA	Trim.	3
Totale peso 100%										

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOPIOLA	SOC CONINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Defini protocolli/linee guida farmaci alto costo tumori colon retto/palmone	1. Redazione e approvazione linee guida entro 31/08/2012 2. Applicazione dal 01/09/2012			F	Trim.	3
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
	Adesione Pronto Soccorso Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	4
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOPIOLA	SOC CONINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico		verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trim.	4
	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI		Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li			UPRI	Annuale	4
Totale peso 100%										

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
	PTDA Tumori della Laringe - 1. Attivazione CIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) come da ROA	N° pz. Tel. con valutazione CIC entro 15 gg dalla diagnosi istologica/ Tot. Pz con diagnosi TCR x 100	1. 90% 2. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	2. Adesione ai protocolli chemioterapici	% casi con approccio multidisciplinare se mediatrici	3. 90%			
	3. Adesione al PTDA Aziendale					
	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità - rischio	Note protocollata dei direttori	100%		Annuale	
	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trimestrale	100%			
Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
	PTDA Tumori della mammella	1. percentuale di partecipazione 2. documento e percentuale di tempo in linea 3. percentuale di visite in linea	1. 70% 2. 100% 3. > 80%	Documenti / PHI	Annuale	
	PTDA Tumori del Colon-Retto - 1. Attivazione CIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) come da ROA	1. N° pz. TCR con valutazione CIC entro 15 gg dalla diagnosi istologica/ Tot. Pz con diagnosi TCR x 100	1. 90% 2. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	2. Adesione ai protocolli chemioterapici	% casi con approccio multidisciplinare se mediatrici	3. 90%			
	3. Adesione al PTDA Aziendale		4. 90%			
	4. Adesione al PTDA Aziendale	4. % per demontestrati in tempi appropriati				
Totale peso 100%						

Il Direttore Soc/Oncologia

11.06.2012

Il Direttore Generale



DIPARTIMENTO	
SOC	Oncologia
RESPONSABILE	Dott. Sergio Montanara
DATA INCONTRO	11/06/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Si fa rilevare il recente passaggio ad un diverso regime assistenziale, ovvero da DH ad ambulatorio dei cicli di cure chemioterapiche. Tale passaggio determina una riduzione dei ricavi legati alla produzione.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.
------------	----------------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE

PRIORITA' ANNUALI punti 85

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO	
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		3.473.334	3.122.236					35	
	Degenza ordinaria		3.622.671	=			BC	Trim.	2	
	Day-hospital		535.420	=			BC	Trim.	2	
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Ambulatoriale		932.008	=			BC	Trim.	2	
	Totale produzione		5.090.099							
	Efficienza ospedaliera									
AZIONI STRATEGICHE	Realizzazione attivazione Laboratorio Emodinamica						risp. tempistica aziendale	DSO	Annuale	3
	Utilizzo cartella clinica informatizzata ove a disposizione ambulatoriale e di ricovero						100	ICT	Trim.	3
	Applicazione PDTA - SCA (Progetto Emulimmac)						100	Card.	Trim.	3

(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO	
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		944	=					2	
		Peso medio DRG (peso)		1,64	=					3	
	D-H	Appropriatazza rispetto scelte previste dalla D.C.R. n. 4-2995 del 03/08/2011				standard regionali					5
		n. casi (unità)			136	=					3
		n. prestazioni (flusso C)			11.785	=					2
AMBULATORIALE	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	valorizzazione prestazioni (flusso C) (€)		341.834	=					2	
		verifica applicaz.			100%					5	

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Soccorso/Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione					2
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3

(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori regionali					4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%					4%

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità -rischio								

punti 15

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura		Qualità Accreditamento		100					

Il Direttore SOC Cardiologia

[Signature]
13.06.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI SOC CARDIOLOGIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	PATOLOGIE AREA MEDICA
SOC	CARDIOLOGIA
RESPONSABILE	Dott. Gabriele Iraghi
DATA INCONTRO	13/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Sono già stati applicati tutti i tagli possibili negli anni passati pertanto risulta difficile applicare ulteriori compressioni anche se verrà messo il massimo dell'impegno al fine di rispettare i nuovi parametri di spesa
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	La spesa farmaceutica è già rientrata lo scorso anno pertanto non ulteriormente comprimibili.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Si evidenzia un problema contingente costituito dalla rottura della Sonda trans-esofagea

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PRIORITA' ANNUALE

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		3.484.301	3.132.094			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria		6.090.954	=			BC	Trim.	3
	Day-hospital		932.621	=			BC	Trim.	3
	Ambulatoriale		334.014	=			BC	Trim.	3
	Totale produzione		7.357.589						
GESTIONE PRODUZIONE (*)	<i>Efficacia e qualità prestazioni</i>								
	Utilizzo cartella clinica informatizzata o a disposizione (ambulatoriale e di ricovero)						100	ICT	Trim.
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
	Totale peso 100%						

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		1.656	=			BC	Trim.	2
		SDO con intervento chirurgico (...)		1.137	=			BC	Trim.	2
	Peso medio DRG (peso)		1,56	=			BC	Trim.	2	
	Apropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011		781	=			BC	Trim.	5	
	n. casi (unità)		9.644	=			BC	Trim.	2	
AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)		252.577	=			BC	Trim.	2	
	valorizzazione prestazioni (flusso C) (e)									
D-H	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa				100%			ASA	Trim.	3
	Rispetto parametri di cui alla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011 (verici)				Standard reg. => 6			BC	Trim.	4
Totale peso 100%										

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO STANDARD	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li			UPRI	Annuale	3
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trim.	3%
Totale peso 100%										

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità -rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		Annuale	
	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmisione dati a EP Organizzaz. Qualità Accrediamento	100%		Trim.	
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Chirurgia Generale e Vascolare

[Signature]

13.06.2012

QUALITA'	CONTENUTO OBETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	1. Partecipazione ai 6 punti del progetto	1. percentuale di partecipazione	1. 70%	Schede Caratec/PHI	Annuale	
	2. Consulenza senologica entro 10/85 in casi sospetti	2. percentuale di casi in linea	2. 80%			
QUALITA'	3. Esecuzione interventi entro 4 settimane dalla prescrizione chirurgica	3. percentuale di casi in linea	3. 80%	Schede Caratec/PHI	Annuale	
	4. Identificazione chirurgici dedicati attività senologica	4. > 50% tempo dedicato per singolo chirurgo	4. 100%			
	5. Redazione procedura operativa di gestione (ex level) di chirurgia onco-plastica e prescrizione	5. Validazione Procedura Aziendale	5. Pubblic. Sito			
	6. Attivazione consulenza fisturaria quando indicato	6. N° per consulenza fisturistica? tot pz sottoposte a chirurgia inammissibile	6. N.A.			
	7. PTVA Tumori del Colon-Retto - 1. Attivazione consulenza Radioterapica secondo indicazioni CIC	1. N° per TCR con indicazione alla valutazione RT/Toi Pz TCR con indicazione alla RT x 100				
	2. Attivazione consulenza post-chirurgica per stima terapia	2. N° per TCR Attivazione consulenza per stima terapia entro 48h lavorative / Toi Pz				
3. Gestione del dolore secondo procedura aziendale	3. N° per con gestione dolore secondo RDAV/Toi pz x 100	1. 100%				
4. Applicazione "terzo Assende"	4. Rimozione catetere vescicale entro 72 h/ Toi Pz TCR x 100	2. 100% 3. 80% 4. 80%				
Schede Caratec/PHI						
Trimestrale						

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI SOC CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	CHIRURGIA GENERALE
RESPONSABILE	Dott. Francesco Arceci
DATA INCONTRO	13/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si rappresenta che il livello dei costi è già stato oggetto di analisi e di riduzione negli anni precedenti. Pur tuttavia si assicura la massima collaborazione nel raggiungimento dell'obiettivo.
1.2	Gestione produzione	C'è stata una forte riduzione dell'attività (50%) soprattutto rispetto all'Ospedale di Verbania, legati in particolare alla riduzione forzata dell'utilizzo delle Sale Operatorie
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Si è già provveduto lo scorso anno ad una riduzione rispetto alla spesa farmaceutica nell'ambito del target assegnato pertanto risulta difficile procedere ad un'ulteriore compressione.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Si rileva la necessità di un ecografo e di un'apparecchiatura laser per le varici.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBETTIVO 2012	SOC CAPOBILA COINVOLTE	SOC RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		491.727	442.021			BC	Trim. 35
	Degenza ordinaria							
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital							
	Ambulatoriale		832.523	=		BC	Trim. 6	
	Totale produzione		832.523					
	Efficacia servizi/produzione							
	AZIONI STRATEGICHE	Costituzione Breast Unit (vedi documento qualità)	Documentazione		Min 4 punti		ICT	Trim. 9
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO 2012	FONTI DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
		Peso medio DRG (peso)						
AMBULATORIALE	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 42495 del 03/08/2011						
		n. casi (unità)						
		n. prestazioni (flusso C)		11.046	=	B.C.	Trim. 8	
GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	RISCHIO CLINICO	valortizzazione prestazioni (flusso C) (F)		291.938	=	B.C.	Trim. 8	
		Messa in atto interv. richiesti da ASA x contenimento tempi attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim. 9	
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBETTIVI	SOC CAPOBILA	SOC COINVOLTE	SOC RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione target spesa	Importo assegnato				F Trim. 5	
	Totale peso 100%						

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBETTIVO STANDARD	FONTI DATI	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%	ALLP	Trim. 5%	
			Totale peso 100%					

QUALITA'	CONTENUTO OBETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	PDTA Tumori della Laringe	N° casi con referto emesso entro 8 giorni dal prelievo/ Totale casi con TdL	90%	Schede Cartacee/P HI/ Spartio	Trimestrale	
	PDTA Tumori del Colon-Retto	N° casi con referto emesso entro 8 giorni dal prelievo/ Totale casi con TCR	90%	Schede Cartacee/P HI/ Spartio	Trimestrale	
Totale peso 100%						

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'						
QUALITA'						
QUALITA'						
QUALITA'						
Totale peso 100%						

Il Direttore SOC Anatomia Patologica

13.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC ANATOMIA PATOLOGICA



DIPARTIMENTO	SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	ANATOMIA PATOLOGICA
RESPONSABILE	Dott.ssa Anna Maria Foscolo
DATA INCONTRO	13/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Erano state individuate a suo tempo le necessità a livello di attrezzature reperibili attraverso il servizio Forniture e Logistica

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	---

ENOMENNO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CARPIOLA	SOC CONVOLTE	RESPI. NILEVAZI ONE	PERIODICITA'	PESO	
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		607.371	541.506				BC	Trim.	35
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Degenza ordinaria		1.275.145	=				BC	Trim.	2
	Day-hospital		5.432	=				BC	Trim.	2
	Ambulatoriale		128.457	=				BC	Trim.	2
	Totale produzione		1.409.034							
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ove a disposizione ambulatoriale e di ricovero)							ICT	Trim.	4
Totale peso 100%										

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO	
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		321	=	B.C.	Trim.	2	
		Peso medio DRG (peso)		1,69	=	B.C.	Trim.	3	
	D-H	Appropriatezza rispetto scelte previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011				Standard reg.	B.C.		5
		n. casi (unità)			9	=	B.C.	Trim.	2
	AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)			7.572	=	B.C.	Trim.	2
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)			128.457	=	B.C.	Trim.	2
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa				100%	ASA	Trim.	4
	Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

ENOMENNO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CARPIOLA	SOC CONVOLTE	RESPI. NILEVAZI ONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione				Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato				Trim.	3
	Definizione protocollo/linee guida "HM" e "Epatite C"	1. Redazione e approvazione linee guida entro 31/08/2012 2. Applicazione dal 01/09/2012	F			Trim.	3
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESPI. NILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale	5
		RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni	100%	A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'					
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità-rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		annuale	
Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmissione dati a EP Organizz. Qualità Accrediamento	100%		trimestrale	
Totale peso 100%					

Il Direttore SOC Malattie Infettive

14.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC MALATTIE INFETTIVE

DIPARTIMENTO	PATOLOGIE AREA MEDICA
SOC	MALATTIE INFETTIVE
RESPONSABILE	Dott. Vincenzo Mondino
DATA INCONTRO	14/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	La problematica più evidente è legata ai pazienti affetti da HIV bisognosi di farmaci molto costosi

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

Vincenzo Mondino



PRORITÀ ANNUALI punti 35

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAROTOLA	SOC CONVOLTE	RESF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		574.171	519.352			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria								
	Day-hospital								
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Ambulatoriale		1.168.838	=			BC	Trim.	6
	Totale produzione		1.168.838						
	Efficienza costi/produzione								
AZIONI STRATEGICHE	Collaborazione al monitoraggio PDIA aziendali	Invio dati a Ep Org. Qualità		100				Trim.	9
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una riduzione in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAROTOLA	SOC CONVOLTE	RESF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)								
		SDO con intervento chirurgico (...)								
		Peso medio DRG (peso)								
AMBULATORIALE	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 42495 del 03/08/2011								
		n. casi (unità)								
		n. prestazioni (flusso C)		20.925	=			B.C.	Trim.	9
RISCHIO CLINICO	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		1.126.316	=			B.C.	Trim.	8
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa			100%			ASA	Trim.	8
		verifica applicaz.								
Totale peso 100%										

(*) E' ammessa una riduzione in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAROTOLA	SOC CONVOLTE	RESF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione target spsa	Importo assegnato			F	Trim.	5
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAROTOLA	SOC CONVOLTE	RESF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%										

punti 15

QUALITA'									
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO				
PDIA Tumori della Laringe - Applicazione Percorso Aziendale	N° pz irradiati entro 45 gg dalla richiesta ORL / Totale TdI con indicazione RT	100%	SI di RT	trimestrale					
PDIA Tumori della mammella - 1. partecipazione ai 6 punti del progetto 2. Identificazione di Radioterapista dedicato	1. Percentuale di partecipazione 2. Documento di attribuzione responsabilità	1. > 70% 2. Documento	Verbali Protocollo	annuale					
Totale peso 100%									

QUALITA'									
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO				
PDIA Tumori del Colon-Retto - 1. Applicazione PDIA Aziendale (pag 26 di 50)	N° pz TR trattamento RT secondo PDIA/Tol. Pz TR x 100	100%	Schede Cartacee/PHI	trimestrale					
Totale peso 100%									

Il Direttore SOC Radioterapia

14.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBBIETTIVI SOC RADIOTERAPIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	RADIOTERAPIA
RESPONSABILE	Dott. Andrea Ballare
DATA INCONTRO	14/06/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenzia l'impossibilità a comprimere ulteriormente i costi di gestione.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria

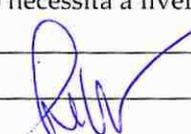
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatezza

3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.
-----	---------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	---



FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		1.358.805	1.258.805	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria		1.502.224	=	BC	Trim.	4
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Day-hospital						
	Ambulatoriale		272.921	=	BC	Trim.	4
	Totale produzione		1.775.145				
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo della cartella clinica informatizzata ove a disposizione (ambulatoriale e di ricovero)	verifica utilizzo		100	ICT	Trim.	4
	Totale peso 100%						

(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOTILA	SOC CONVOLTE	RISR. RILEVATA	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Soccorso/Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	3
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	5
	Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	1. N° FFA con consulenza entro 10 giorni dalla chiamata da MCLU/ROI pz FFA x 100		1. 80%	1. Firs/Aid	Trimestrale	
	2. N° FFA con impostazione profilassi della TVP secondo POA/ROI pz FFA x 100		2. 85%	2. Scheda cartacea/PHI	Trimestrale	
	3. N° schede accoglienza in SGI (MOD. 01 di PO 31-DCH 01) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		1. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
QUALITA'	1. N° schede accoglienza in SGI (MOD. 01 di PO 31-DCH 01) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		2. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	2. N° schede per la sicurezza in sala operatoria (ALM1 di PO 28-SOP 02) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		3. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	Totale peso 100%					

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOURCE DATE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	N° pazienti trattati		344	=	B.C.	Trim.	2
		Peso medio DRG (peso)		5.3	=	B.C.	Trim.	3
GOVERNO PRODUZIONE (*)	D-H	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011			Standard reg	B.C.	Trim.	4
		n. casi (unità)						
		n. prestazioni (flusso C)		7.402	=	B.C.	Trim.	3
GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	valutazione prestazioni (flusso C) (e)		272.921	=	B.C.	Trim.	2
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	8
Totale peso 100%								

(*) E ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RISR. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg. Il	UPRI	Annuale	4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	Verifica applicazioni		100%	ALP	Trim.	4
Totale peso 100%								

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	1. N° schede accoglienza in SGI (MOD. 01 di PO 31-DCH 01) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		1. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	2. N° schede per la sicurezza in sala operatoria (ALM1 di PO 28-SOP 02) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		2. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
QUALITA'	1. N° schede accoglienza in SGI (MOD. 01 di PO 31-DCH 01) pz TdL/Tot. Pz operati per TdL x 100		3. 100%	Schede Cartacee/PHI	Trimestrale	
	Totale peso 100%					

Il Direttore SOC Anestesia e Rianimazione

Il Direttore Generale

SCHEDA OBBIETTIVI SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	AREA CRITICA
SOC	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE	Dott. Carlo Maestrone
DATA INCONTRO	14/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		E' necessario capire se arrivano i fondi assegnati per gli arredi delle Sale Operatorie

FIRMA RESPONSABILE 



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		3.093.527	2.797.850	BC	Trin.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		5.711.211	=	BC	Trin.	3
	Totale produzione		5.711.211				
<i>(*) Differenza con i precedenti</i>							
AZIONI STRATEGICHE	Monitoraggio appropriata richiesta radiodiagnostiche	rispetto standard			100		13
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)						
		SDO con intervento chirurgico (...)						
		Peso medio DRG (peso)						
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011						
	D-H	n. casi (unità)						
	AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)		55.653	=	B.C.	Trin.	9
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (e)		2.823.236	=	B.C.	Trin.	9
		Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trin.	7
Totale peso 100%								

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLUTE	RSF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trin.	4
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RSF RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trin.	5
Totale peso 100%								

QUALITA' punti 15

CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
PDITA Pratica di Fenore nell'Anziano - Applicazione della fase gestione in MCU secondo DCR n. 19-2664 pag. 61 cap. 29 allegato A	N° casi FFA con referazione RX entro un'ora dalla chiamata da MCU/Tru, casi FFA x 100	80%	FistAid-Synapse	trimestrale	
PDITA Tumor della mammella - 1. Perseguimento discussioni collegiali CIC senologia 2. classificazione delle conclusioni diagnostiche mammografiche ed ecografiche mammare (E. C. 2001, HONCAI 2001)	1. Percentuale di partecipazione alle discussioni collegiali 2. Percentuale di presenze nella classificazione nei referi	1. 70% 2. 80%	Schede Carcacee/PHI	trimestrale	
Totale peso 100%					

CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA/FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
Percorso Ictus - Applicazione Percorso Aziendale Ictus tempo referazione ICT	N° pz Ictus con referazione entro 30' dalla richiesta MCU/ N° pz con richiesta TC per Ictus da MCU	80%	FistAid/ Scheda Carcacee/Synapse	trimestrale	
Rispetto tempistiche nell'erogazione/consulenze referi secondo disposizioni o norme	Rispetto tempi definiti da Azienda	100%	Schede carcacee/ ICT	trimestrale	
Totale peso 100%					

Il Direttore SBC Radiodiagnostica

Il DIRETTORE GENERALE
Dott. Adriano GIACOMETTO

SCHEDA OBIETTIVI SOC RADIODIAGNOSTICA



14.06.2012

DIPARTIMENTO	SERVIZI DIAGNOSTICI
SOC	RADIODIAGNOSTICA
RESPONSABILE	Dott. Attilio Guazzoni
DATA INCONTRO	14/06/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenzia che i costi di gestione sono già stati compressi e ridotti al limite.
1.2	Gestione produzione	Si segnala l'incremento della produzione in particolare riferita a prestazioni di alta specializzazione relative a radiodiagnostica interventistica.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.
-----	----------------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE	
---------------------------	--

PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATA 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
AZIONI STRATEGICHE	Costi di gestione		2.853.945	2.497.454	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria		4.737.994	=	BC	Trim.	2
	Day-hospital		1.441.186	=	BC	Trim.	2
	Ambulatoriale		767.003	=	BC	Trim.	2
	Totale produzione		6.946.183				
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ove a disposizione) (ambulatoriale e di ricovero)	Verifica utilizzo		100	I.C.T.	Trim.	4
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		1.434	=	B.C.	Trim.	2
		Degenza media (gg)		15,78	<	B.C.	Trim.	5
	Peso medio DRG (peso)		1,4	=	B.C.	Trim.	2	
	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4.2495 del 03/08/2011			Standard reg.	B.C.	Trim.	4	
	n. casi (unità)		540	=	B.C.	Trim.	2	
	n. prestazioni (flusso C)		29.509	=	B.C.	Trim.	2	
	valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		632.083	=	B.C.	Trim.	2	
	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa			verifica applicaz.	100%	B.C.	Trim.	3
	AMBULATORIALE							
	Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CARICATA	SOC CONVOLTE	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Socio Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
	Definizione protocollo/linee guida "Epatiche C", "Reumatologia" e "Oncologia"	1. Redazione e approvazione linee guida entro 31/08/2012 2. Applicazione dal 01/09/2012			F	Trim.	3
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RES. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale	4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	4
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	PDTA Frattura di Femore N° pz FFA complessi non nell' Anziano - Applicazione della operabilità valutati entro 2 ore fase gestione in MCU secondo DGRN dalla chiamata da NCU/Tot. n. 19.2664, pag. 61 cap. 29 allegato A	Pz operati per FFA x 100	90%	FirstAid	trimestrale	

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità -rischio	Nota protocollata dei direttori	100		annuale	

Il Direttore SOC Medicina

Frederico

18.06.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBIETTIVI SOC MEDICINA



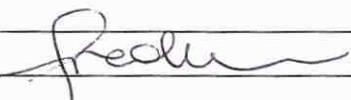
DIPARTIMENTO	AREA MEDICA
SOC	MEDICINA
RESPONSABILE	Dott. Roberto Frediani
DATA INCONTRO	18/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Si evidenzia la necessità di percorsi di prescrizione farmaceutica uniformi e appropriati. Si rappresenta inoltre che si era già provveduto ad una compressione dei costi per i farmaci durante l'anno passato.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatezza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONINVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		187.594	159.675			BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria								
	Day-hospital								
	Ambulatoriale		422.807	=			BC	Trim.	6
	Totale produzione		422.807						
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Differenza costi/produzione								
	Utilizzo cartella clinica informatizzata ove a disposizione (ambulatoriale e di ricovero)								
AZIONI STRATEGICHE		verifica utilizzo					I.C.T.	Trim.	4
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	SOC CAPOFILA	SOC CONINVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)								
		SDO con intervento chirurgico (...)								
	Peso medio DRG (peso)									
	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011									
	D-H	n. casi (unità)								
AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)		27.036	=				B.C.	Trim.	8
	valorizzazione prestazioni (flusso C) (€)		409.361	=				B.C.	Trim.	8
	Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa		verifica applicaz.		100%			ASA	Trim.	9
Totale peso 100%										

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONINVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Soccorso Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	5
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	SOC CAPOFILA	SOC CONINVOLTE	RSR RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO									
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%			A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%										

punti 15

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'	Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità-rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		annuale	
	Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmissione dati a EP Organizzaz. Qualità Accrediatamento	100%		trimestrale	
Totale peso 100%						

QUALITA'	CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
QUALITA'						
Totale peso 100%						

punti 15

Il Direttore SAC Diabetologia

18.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC DIABETOLOGIA





BUDGET 2012

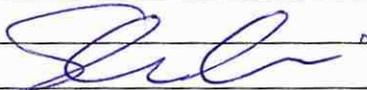
DIPARTIMENTO	AREA MEDICA
SOC	DIABETOLOGIA
RESPONSABILE	Dott. Saglietti Giuseppe
DATA INCONTRO	18/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si evidenzia la difficoltà a comprimere ulteriormente una spesa in relazione alla quale sono già state attuate tutte le misure possibili.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE 



PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		1.046.649	936.438	BC	Trim.	35
		Degenza ordinaria	1.415.316	=	BC	Trim.	3
		Day-hospital	47.102	=	BC	Trim.	3
		Ambulatoriale	168.947	=	BC	Trim.	3
GESTIONE PRODUZIONE (*)	Totale produzione		1.631.365				
	Differenza costi/produzione						
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo cartella clinica informatizzata (ove disponibile: ambulatoriale e di ricovero)	Verifica utilizzo		100	ICT	Trim.	4
		Totale peso 100%					

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOHLA	SOC CONVOLTE	REF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Pronto Soccorso Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in diminuzione			F	Trim.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	3
	Totale peso 100%						

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO	
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		1.339	=	B.C.	Trim.	2	
		Peso medio DRG (peso)		0,45	=	B.C.	Trim.	2	
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4.2495 del 03/08/2011				standard regione	B.C.	Trim.	5
		n. casi (unità)		50	=	B.C.	Trim.	2	
		n. prestazioni (flusso C)		1.890	=	B.C.	Trim.	3	
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		37.660	=	B.C.	Trim.	3	
		Messa in atto interventi richiesti da ASA x contenimento tempi di attesa				100%	ASA	Trim.	5
		verifica applicaz.							
		Totale peso 100%							
		GOVERNO PRODUZIONE (*)	AMBULATORIALE	Messa in atto interventi richiesti da ASA x contenimento tempi di attesa					
Totale peso 100%									

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	REF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	annuale	4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	4
Totale peso 100%								

punti 15

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità/rischio	Nota protocollo Diretori	100%		Annuale			
Raccolta dati per monitoraggio dei percorsi di cura	Trasmissione dati a EP Organizzazione Qualità Accrediamento	100%		Trimestrale			
Totale peso 100%							

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
Applicazione POA Procedura Servizio Trasporto Emergenza Neonatale e PSR: 5. Percorsi qualificanti pag. 138-139 tale (PO 19-PED 02)	1. N° di STEN c/o TIN di riferimento (ASO di Novara)/ Totale STEN X 100 2. N° di STEN secondo POA/ Totale STEN X 100	1. 90% 2. 100	1. SDO 2. Schede Cartacee/PHI	Trimestrale			
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Pediatria

APL 18.06.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

SCHEDA OBBIETTIVI SOC PEDIATRIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	MATERO INFANTILE
SOC	PEDIATRIA
RESPONSABILE	Dott. Andrea Guala
DATA INCONTRO	18/06/2012

1. Priorità annuali

1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Si rappresentano la criticità relativa ai pazienti affetti da malattie rare.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria

2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza

3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.
-----	---------	---

Investimenti/Conto Capitale

		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.
--	--	--

FIRMA RESPONSABILE



DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	OCULISTICA
RESPONSABILE	Dott. Renzo Bordin
DATA INCONTRO	18/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Si evidenzia che a fronte di una minore produzione al fine di contenere i costi, si registrerà necessariamente un allungamento dei tempi di attesa e conseguentemente un aumento della mobilità passiva.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE




PRIORITA' ANNUALI

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLO ECONOMICO	Costi di gestione		954.125	857.633	BC	Trin.	35
	Degenza ordinaria		1.140.619	=	BC	Trin.	3
	Day-hospital		580.159	=	BC	Trin.	3
	Ambulatoriale		436.279	=	BC	Trin.	2
	Totale produzione		2.157.057				
GESTIONE PRODUZIONE	Differenza costi/produzione						
	Utilizzo cartella clinica informatizzata ove a disposizione (ambulatoriale e di ricovero)	verifica utilizzo			ICT	Trin.	4
AZIONI STRATEGICHE							Totale peso 100%

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE (*)	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)		308	=	B.C.	Trin.	2
		SDO con intervento chirurgico (...)		261	=	B.C.	Trin.	2
	Peso medio DRG (peso)		1,52	=	B.C.	Trin.	2	
	Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011			Standard reg.	BC	Trin.	5	
	n. casi (unità)		432	=	B.C.	Trin.	2	
AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)		19.234	=	B.C.	Trin.	3	
	valutizzazione prestazioni (flusso C) (e)		365.169	=	B.C.	Trin.	2	
Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica apprezza.		100%	ASA	Trin.	4		
							Totale peso 100%	

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAROFILA	SOC CONVOLTE	RESF. RILEVAZIONI	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Promhario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trin.	4
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trin.	4
							Totale peso 100%

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESF. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg. II	UPRI	Annuale	4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trin.	4
								Totale peso 100%

CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
Identificazione di 1 dirigente responsabile qualità -rischio	Nota protocollata dei direttori	100%		annuale	
Raccolta dati per monitoraggio percorsi di cura	Trasmissione dati a EP Organizzaz. Qualità	100%		trimestrale	
					Totale peso 100%

punti 15

CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO
PDTA Tumori della Laringe - 1. Attivazione consulenza del Ser.T per valutazione precoce tossicodipendenza come da PDTA Aziendale pag. 37 di 54	1. N° pz con attivazione di consulenza Ser.T Totale pz con indicazione a consulenza Ser.T 2. N° pz con attivazione di consulenza Psico-oncologo/ Totale pz con indicazione consulenza SOS Psicologia	1. 100% 2. N.A.	Schede Cartacee/PHI/ Aster	Trimestrale	
PDTA Tumori della Laringe - 1. Compilazione Cartella Clinica Elettronica (FSR 1,9 Progetto SIR5 pag. 16-19)	1. N° pz con attivazione di consulenza Ser.T/ Totale pz con attivazione di consulenza Ser.T	1. 90%	PHI/psidok/Schede Cartacee	1. Annuale	
2. Applicazione Percorso Aziendale pag. 37 di 54	2. N° pz con attivazione di consulenza RRF in 1° giornata post chir./Totale pz operati per TdL	2. 90%	3. PHI/ Schede cartacee	2. Trimestrale	
3. Applicazione Percorso Aziendale pag. 37 di 54	3. N° pz con attivazione consulenza LVG in 1° giornata post chir./Totale pz operati per TdL	3. 90%	4. Schede Cartacee/PHI	3. Trimestrale	
4. Applicazione POA	4. N° pz con gestione canale tracheostomica Tot. pz x 100	4. 100%	5. Schede Cartacee/PHI	4. Annuale	
5. Applicazione IO 18-ORL 03	5. N° pz con gestione canale tracheostomica secondo IOA/ Tot. pz x 100	5. 100%	6. Schede Cartacee/PHI		
6. Applicazione IO 18-ORL 05	6. N° pz con gestione canale tracheostomica a domicilio secondo IOA/ Tot. pz x 100	6. 100%	7. Schede part		
7. Diffusione modalità di gestione aziendale del pz con sospetto TdL	7. Realizzazione corso di formazione "Corso di Cura Tumori della Laringe"				
					Totale peso 100%

Il Direttore SOC Oncologia/geriatria

19.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC OTORINOLARINGOIATRIA





BUDGET 2012

DIPARTIMENTO	PATOLOGIE CHIRURGICHE
SOC	ORL
RESPONSABILE	Dott. Antonio Scotti
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità se non quelle riferibili alle liste d'attesa.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Si rappresenta l'impossibilità a comprimere ulteriormente la spesa farmaceutica.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
--------------------	--



PRIORITA' ANNUALI punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		30.249	30.249	BC	Trim.	35
	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale		19.213	=	BC	Trim.	5
	Totale produzione		19.213				
<i>(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali</i>							
AZIONI STRATEGICHE	Utilizzo cartella clinica informatizzata ove a disposizione (ambulatoriale e di ricovero)	verifica utilizzo			100	ICT	4
Totale peso 100%							

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAROBIOLA	SOC CONVOLUTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Promotario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	5
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	6
Totale peso 100%							

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
PDPA Tumori della mammella - Gestione dolore secondo indicazioni aziendali PSR 3.3. Rete regionale cure palliative pag. 113 (Legge 15 marzo 2010 n. 38/)	N° pz con gestione dolore secondo POA/ Tot. pz x 100	90%	Schede Carcasec/PHI	Annuale			
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità) SDO con intervento chirurgico (...) Peso medio DRG (peso) Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.C.R. n. 4-2495 del 03/08/2011						
	D-H	n. casi (unità)						
	AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C) valorizzazione prestazioni (flusso C) (E) Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.	19.213	100%	ASA	Trim.	9
		n. prestazioni (flusso C)		749	=	BC	Trim.	8
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		19.213	=	BC	Trim.	8
<i>(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali</i>								
Totale peso 100%								

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO							
	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	5
Totale peso 100%								

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
PDPA Tumori del Colon-Retto - Gestione dolore secondo indicazioni aziendali - PSR 3.3. Rete regionale cure palliative pag. 113-115 (Legge 15 marzo 2010 n. 38/)	N° pz con gestione dolore secondo POA/ Tot. pz x 100	90%	Schede Carcasec/PHI	Annuale			
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Cure Palliative

19.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC CURE PALLIATIVE



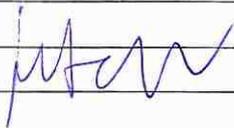
DIPARTIMENTO	
SOC	CURE PALLIATIVE
RESPONSABILE	Dott. Marco Tappa
DATA INCONTRO	19/06/2012

1. Priorità annuali		
1.1	Controllo economico (Costi di gestione)	Non si rappresentano particolari criticità.
1.2	Gestione produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
1.3	Azioni strategiche	Non si rappresentano particolari criticità.
1.4	Attività/azioni critiche (Farmaci)	Non si rappresentano particolari criticità.

2. Gestione Ordinaria		
2.1	Governo della produzione	Non si rappresentano particolari criticità.
2.2	Risk management	Non si rappresentano particolari criticità.

3. Qualità/ Appropriatelyzza		
3.1	Qualità	Non si rappresentano particolari criticità.

Investimenti/Conto Capitale		
		Non si rilevano necessità a livello di investimenti.

FIRMA RESPONSABILE	
---------------------------	---

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Costi di gestione		1.506.589	1.355.274	BC	Trim.	30
	Degenza ordinaria		2.078.326	=	BC	Trim.	1
	Day-hospital		400.020	=	BC	Trim.	1
	Ambulatoriale		367.701	=	BC	Trim.	1
	Totale produzione		2.846.047				
	Differenza costi/produzione						
AZIONI STRATEGICHE	Elaborazione progetto per la chiusura Punto Nascita e attuazione provvedimenti	1 - Progetto Attuazione provvedimenti			Tempestiva attuazione provvedimenti	Trim.	20
Totale peso 100%							

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
	Adesione Prontoario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati sup. 95% prescrizioni in dimissione			F	Trim.	1
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F	Trim.	1
Totale peso 100%							

QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RACCOLTA	PERIODICITA'	PESO		
Procedure op. aziendali DMI: 1. Conclusione redazione e validazione POA Interv. Ematologica gravidanza (Brezza PO 17-OCI 06 RU 486) 2. Applicazione POA Serv. Trasporto Assisto Materno (PO 17-OCI 01) e PSR: 5 percorsi qualificanti pag. 139-139	1. Donne che presentano complicanze da RU/486/Totale Donne trattate x 100 2. N° di STAM c/o TIN di riferimento (ASO Novara)/Totale STAM x 100	1. N.A. 2. 90%	1. Schede Cartacee/PHI 2. SDO/PHI	trimestrale			
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
		n. dimessi (unità)		1.194	=	B.C.	Trim.	2
		SDO con intervento chirurgico (...)		544	=	B.C.	Trim.	2
		Peso medio DRG (peso)		0,74	=	B.C.	Trim.	2
		Appropriatazza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4.2495 del 03/08/2011			Standard reg.	B.C.	Trim.	5
		n. casi (unità)		395	=	B.C.	Trim.	2
		n. prestazioni (flusso C)		9.859	=	B.C.	Trim.	2
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)		293.826	=	B.C.	Trim.	2
		Messi in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa	verifica applicaz.		100%	ASA	Trim.	5
Totale peso 100%								

(*) E' ammessa una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
		Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI	Annuale	4
		Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico	verifica applicazioni		100%	A.L.P.	Trim.	4
Totale peso 100%								

punti 15

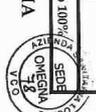
QUALITA'							
CONTENUTO OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO		
Totale peso 100%							

Il Direttore SOC Ostetricia Ginecologia

15.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC OSTETRICA GINECOLOGIA



GESTIONE ORDINARIA

punti 45

INDICAZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Partecipazione alla redazione del Piano delle performance in collaborazione con la Soc Affari Generali e con la Soc Risorse Umane	Piano	Entro il 31.12.2012	13
	Risk management: programmazione di n. 1 evento formativo	Attivazione n. 1 evento	Entro il 31.12.2012	6
	Definizione della procedura operativa aziendale per identificare il fabbisogno formativo da utilizzare per redigere il Piano Formativo 2013	Procedura	Entro il 31.12.2012	7
	Percorso di accreditamento regionale come provider secondo le indicazioni dell'ARESS	Rispetto requisiti da A1 a B6 dell'allegato 1a	Entro il 31.12.2012	7
	Predisposizione del catalogo delle offerte formative prodotte dalla Soc GASD rivolto a tutto il personale nelle aree trasversali del benessere organizzativo e della comunicazione	Documento N° corsi prodotti N° crediti ECM assegnati	Entro il 31/12/2012	6
	Collaborazione con il coordinatore del Piano Locale di Prevenzione e del Responsabile delle attività di Educazione alla Salute per realizzare sul territorio interventi di promozione di stili di vita orientati al benessere	N° iniziative	Almeno n. 1	6

Il Direttore SOC Supporto Direzionale



ZS06.2012

Il Direttore Generale



ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

INDICAZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro. (n. 3)	Revisione processo	entro il 31.12.2012	10
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	10
	Rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per l'anno 2012.	budget	100%	10
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore Individuato dell'Azienda segnali i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	10
	Supporto alle SOC aziendali per la progettazione di corsi di formazione interni in attuazione del Piano di Formazione Aziendale 2012.	n. richieste pervenute dalle SOC	Supporto al 100% delle richieste pervenute	8
	Monitoraggio trimestrale degli obiettivi aziendali che prevede: - il coordinamento dell'attività; - l'implementazione della procedura informatica che possa, in modo dinamico, adeguarsi alle esigenze aziendali	report	trimestrali	7

SCHEDA OBIETTIVI SOC SUPPORTO DIREZIONALE



FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Progetto per la creazione del laboratorio di emodinamica presso il Presidio di Domodossola	Deliberazione di approvazione progetto	Entro termine definito da Asl	14
	Rispetto tempistica per la gestione dei lavori programmati con la Direzione Generale per l'anno 2012	Rispetto scadenze	100%	17
	Avvio lavori di ristrutturazione ed ampliamento del distretto di Omegna	Certificato consegna lavori	Entro il 31/7/2012	7
	Completamento dei lavori di ristrutturazione delle degenze del dipartimento chirurgico presso il PO di Verbania	Certificato di fine lavori	Entro il 31/12/2012	7

Il Direttore SOC I.T.B.

25.06.2012

Il Direttore Generale

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	9
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	9
	Rispetto del budget assegnato, per l'anno 2012, dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie	budget	100%	13
	Riduzione rispetto al 2011, dei costi di manutenzione ordinaria	Importo 2011	< 2011	15
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	9

SCHEDA OBIETTIVI SOC I.T.B.



ENONIMO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PRSO
	Attivazione procedure connesse alla realizzazione del processo civile telematico per costituzione/deposito degli atti presso il tribunale di Verbania	Deposito atti	100%	14
	Attività straordinaria di ricognizione del patrimonio immobiliare finalizzato alla collaborazione con la Regione per il fondo patrimoniale	Report inviati	100%	16
	Prosecuzione procedura finalizzata all'alienazione del patrimonio dell'Asl VCO	Relazione ed atti	100%	15

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PRSO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	9
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	9
	Rispetto del budget assegnato, per l'anno 2012, dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie.	budget	100%	9
	Integrazione dell'attività della Struttura con gli adempimenti richiesti dall'avvio della Federazione sovrazonale	Rispetto scadenze	100%	13
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	9
	Coordinamento della gestione dell'obiettivo, assegnato nel 2012 alle diverse strutture aziendali, riferito al rischio clinico	relazione	trimestrale	6

Il Direttore SOC A.L.P.

25.06.2012

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC AFFARI LEGALI PATRIMONIALI



FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Collaborazione con la Federazione sovrazonale nelle materie di competenza: assolvimento degli incarichi conferiti con pieno rispetto delle tempistiche assegnate e messa a disposizione delle risorse necessarie all'esercizio delle funzioni operative.	Adempimenti previsti entro scadenze	100%	40
	Rispetto tempistica per la gestione delle gare programmate con la Direzione Generale per l'anno 2012	Rispetto scadenze	100%	5

ATTIVITA'/AZIONI

Il Direttore SOC Forniture e Logistica *Fabrizio Bonatti* 3 AGO 2012Il Direttore Generale *[Signature]*

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	10
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	10
	Rispetto del budget assegnato, per l'anno 2012, dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie.	budget	100%	20
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	15

ATTIVITA'/AZIONI

SCHEDA OBIETTIVI SOC FORNITURE E LOGISTICA



GESTIONE ORDINARIA

punti 45

ENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Aggiornamento valutazione del rischio da manipolazione farmaci chemioterapici antitumorali e conseguente revisione protocollo di sorveglianza sanitaria in collaborazione con SOC Medico Competente	documento	entro il 31.12.2012	15
	Revisione ed aggiornamento del documento " I rischi nell'Azienda Sanitaria Locale VCO e le misure di prevenzione" - Manuale informativo per i lavoratori ai sensi art.36 D.lgs.81/081 in collaborazione con SOC Medico Competente e Sos UPRI	documento	entro il 31.12.2012	15
	Revisione ed aggiornamento del documento " La sicurezza nei laboratori - Rischi, Norme e Procedure" in collaborazione con SOC Medico Competente e Sos UPRI	documento	entro il 31.12.2012	15

Il Direttore SOC Prevenzione e Protezione



25.06.2012

Il Direttore Generale



ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

FINIZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Studio metodologia di valutazione del rischio da aggressione e predisposizione documento relativo in collaborazione con SOC Medico Competente	documento	entro il 31/12/2012	12
	Studio metodologia di valutazione del rischio da movimentazione pazienti per attività di assistenza domiciliare su base MAPO, predisposizione documento relativo e protocollo di sorveglianza sanitaria in collaborazione con SOC Medico Competente	documento	entro il 31/12/2012	12
	Collaborazione alla progettazione e attivazione corso di formazione " Misure di prevenzione e controllo TBC operatori sanitari" in riferimento agli indicatori regionali in collaborazione con SOC Medico Competente e Sos UPRI	attivazione del corso	entro il 31/12/2012	10
	Collaborazione alla progettazione e attivazione corso di formazione sperimentale "Prevenzione dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei pazienti attraverso l'utilizzo di teli ad alto scorrimento" in collaborazione con SOC Medico Competente, SOC GASD	attivazione del corso presso reparti pilota	n. 2 reparti pilota	10
	Revisione di almeno n. 1 processo che preveda sinergie tra più Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31/12/2012	11

SCHEDA OBIETTIVI SOC PREVENZIONE E PROTEZIONE



GESTIONE ORDINARIA

punti 45

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Aggiornamento valutazione del rischio da manipolazione farmaci chemioterapici antitumorali e conseguente revisione protocollo di sorveglianza sanitaria in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione.	documento	entro il 31.12.2012	15
	Revisione ed aggiornamento del documento " La sicurezza nei laboratori - Rischi, Norme e Procedure" in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione, SOS UPRP	documento	entro il 31.12.2012	15
	Revisione ed aggiornamento del documento " I rischi nell'Azienda Sanitaria Locale VCO e le misure di prevenzione" - Manuale informativo per i lavoratori ai sensi art.36 D.Lgs.81/081 in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione e Sos UPRP	documento	entro il 31.12.2012	15

Il Direttore SOC Medico Competente

ZS. 06. 2012

Il Direttore Generale

ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Studio metodologia di valutazione del rischio da aggressione e predisposizione documento relativo in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione	documento	entro il 31/12/2012	12
	Studio metodologia di valutazione del rischio da movimentazione pazienti per attività di assistenza domiciliare su base MAPO, predisposizione documento relativo e protocollo di sorveglianza sanitaria in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione	documento	entro il 31/12/2012	12
	Collaborazione alla progettazione e attivazione corso di formazione " Misure di prevenzione e controllo TBC operatori sanitari" in riferimento agli indicatori regionali in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione e Sos UPRP	attivazione del corso	entro il 31/12/2012	10
	Collaborazione alla progettazione e attivazione corso di formazione sperimentale "Prevenzione dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei pazienti attraverso l'utilizzo di telai ad alto scorrimento" in collaborazione con SOC Prevenzione e Protezione, SOC GASD	attivazione del corso presso reparti pilota	n. 2 reparti pilota	10
	Revisione di almeno n. 1 processo che preveda sinergie tra più Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31/12/2012	11

SCHEDA OBIETTIVI SOC MEDICO COMPETENTE



NUMERO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Collaborazione con la Soc Supporto Direzionale alla predisposizione del Piano delle performance	Piano	entro il 31/12/2012	9
	Predisposizione del regolamento sul pagamento delle trasferite e rimborsi chilometrici	Regolamento	entro il 31/12/2012	10
	Predisposizione del regolamento sul part time in applicazione a quanto disposto dalla DGR 14.11.2011 n. 31-2891	Regolamento	entro il 31/12/2012	10
	Determinazione delle consistenze organiche	documento	entro il 31/12/2012	7
	Definizione in delegazione con le 3 Aree di contrattazione della determinazione dei fondi contrattuali tenuto conto di quanto disposto dalla L. 122/2010 e delle indicazioni del Documento Conferenza Stato Regioni 11/116/CRO5/CI del febbraio 2011	Determinazione fondi	entro il 31/12/2012	9

Il Direttore SOC R.U.

16/7/2012

Il Direttore Generale

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro. <i>N.3</i>	Revisione processo	entro il 31.12.2012	11
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	10
	Rispetto del budget assegnato, per l'anno 2012, dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie.	budget	100%	9
	Monitoraggio al fine di verificare il contenimento del tetto di spesa del personale	tetto	100%	14
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	11

SCHEDA OBIETTIVI SOC RISORSE UMANE



GESTIONE ORDINARIA

punti 55

FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
ATTIVITA'/AZIONI	Inventario beni di consumo; coordinamento dell'attività per disporre dei dati in tempo utile per l'elaborazione del valore delle giacenze	Report valore giacenze	annuale	8
	Attività di coordinamento volta ad imputare in modo corretto i centri di costi per quanto attiene i costi generali d'azienda in collaborazione con la Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie	imputazione	100%	5
	Implementazione del programma di importazione dei flussi della specialistica: aggiunta dettaglio monitoraggio errori in sinergia con la Soc ICT	Implementazione programma	Entro il 31/12/2012	9
	Sviluppo sito Web per la consultazione anagrafica dipendenti e conseguente normalizzazione data base e flussi relativi al personale dipendente e realizzazione corsi di formazione.	Sviluppo sito	Entro il 31/12/2012	5
	Adeguamento dei programmi di contabilità analitica al nuovo Piano dei Conti regionale	Adeguamento	100%	5
ATTIVITA'/AZIONI	Sviluppo procedura per allocazione costi per natura nei settori ospedali, territorio, prevenzione, DG e servizi, con attribuzione ai prodotti e ai livelli assistenziali ed elaborazione della reportistica correlata al Bilancio CE	Reportistica correlata a Bilancio CE	Entro il 31/12/2012	5
	Organizzazione della tenuta della contabilità separata per quanto attiene la libera professione e predisposizione di un bilancio autonomo.	Contabilità separata/bilancio autonomo	Entro il 31/12/2012	8

ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

FINIZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
ATTIVITA'/AZIONI	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	13
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	12
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda segnali i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	12
	Collaborazione con il Nucleo di Valutazione aziendale e con la Soc Supporto Direzionale per contribuire al monitoraggio degli obiettivi aziendali 2012	Supporto	100%	18
ATTIVITA'/AZIONI				

ATTIVITA'/AZIONI

ATTIVITA'/AZIONI

25.06.2012

Il Direttore SOC Budget e Controllo

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC BUDGET E CONTROLLO



ENOMERO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Predisposizione del Piano delle performance in collaborazione con la Soc Affari Generali e con la Soc Risorsse Umane	Piano	Entro il 31.12.2012	13
	Risk management: programmazione di n. 1 evento formativo	Attivazione n. 1 evento	Entro il 31.12.2012	6
	Definizione della procedura operativa aziendale per identificare il fabbisogno formativo da utilizzare per redigere il Piano Formativo 2013	Procedura	Entro il 31.12.2012	7
	Percorso di accreditamento regionale come provider secondo le indicazioni dell'ARESS	Rispetto requisiti da A1 a B6 dell'allegato 1a	Entro il 31.12.2012	7
	Predisposizione del catalogo delle offerte formative prodotte dalla Soc GASD rivolto a tutto il personale nelle aree trasversali del benessere organizzativo e della comunicazione	Documento N° corsi prodotti N° crediti ECM assegnati	Entro il 31/12/2012	6
	Collaborazione con il coordinatore del Piano Locale di Prevenzione e del Responsabile delle attività di Educazione alla Salute per realizzare sul territorio interventi di promozione di stili di vita orientati al benessere	N° iniziative	Almeno n. 1	6

Il Direttore SOC Supporto Direzionale



25.06.2012

Il Direttore Generale



FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	10
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	10
	Rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per l'anno 2012.	budget	100%	10
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda segnali i Responsabili coinvolti e nel corso di uno o più incontri, definita, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	10
	Coordinamento della gestione degli obiettivi assegnati per l'anno 2012 alle diverse Strutture rientranti nella sezione qualità	relazione	trimestrale	8
	Monitoraggio trimestrale degli obiettivi aziendali che prevede: - il coordinamento dell'attività; - l'implementazione della procedura informatica che possa, in modo dinamico, adeguarsi alle esigenze aziendali	report	trimestrali	7

SCHEDA OBIETTIVI SOC SUPPORTO DIREZIONALE

GESTIONE ORDINARIA

punti 45

fenomeno	contenuto	indicatore	standard	peso
ATTIVITA'/AZIONI	Collaborazione con la Soc Budget e Controllo alla organizzazione della tenuta della contabilità separata per quanto attiene la libera professione e predisposizione di un bilancio autonomo	Contabilità separata bilancio autonomo	Entro il 31/12/2012	10
	Collaborazione con la Soc Budget e Controllo per imputare in modo corretto i centri di costi per quanto attiene i costi generali d'azienda	Imputazione costi generali d'azienda	100%	10
	Adeguamento/integrazione del Piano dei Conti in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte	Integrazione Piano dei Conti	100%	11
	Rispetto tempistica per l'invio dei documenti contabili in Regione (bilanci - consuntivi- rilevazioni specifiche di tipo economico)	Documenti contabili	Rispetto delle scadenze regionali	14

Il Direttore SOC R.E.F.

M. Pirelli

25.06.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

funzione	contenuto	indicatore	standard	peso
ATTIVITA'/AZIONI	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	13
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	12
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda segnali i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	12
	Monitoraggio trimestrale della spesa	CE trimestrali	Rispetto delle scadenze regionali	18

SCHEDA OBIETTIVI SOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE



FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Avvio utilizzo della firma digitale con riguardo alle determinate dirigenziali in collaborazione con la Soc. Affari Generali	Avvio attività	Entro il 31/12/2012	8
	Progetto evoluzione sistema informativo: revisione del progetto (finanziamento S.Paolo), della tempistica e conclusione del progetto	Revisione	Entro il 31/12/2012	8
	Ufficio anagrafe: miglioramento della qualità dei dati attraverso la bonifica anagrafica di AURA e di AULAXMPI	Numero anagrafiche bonificate	Ø 20.000	7
	Collaborazione con la Soc Budget e Controllo per l'implementazione del programma di importazione dei flussi della statistica: aggiunta dettaglio monitoraggio errori	Implementazione	Entro il 31/12/2012	6
	Regolamento per l'utilizzo delle postazioni di informatica individuale	Regolamento	Entro il 31/12/2012	7
	Completamento progetto disaster recovery	Collegamenti di rete Installazione/messa in funzione apparecchiature	Entro il 31/12/2012	9

Il Direttore SOC I.C.T.

25.06.2012

Il Direttore Generale

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	8
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo: per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	8
	Rispetto del budget assegnato, per l'anno 2012, dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie	budget	100%	10
	Integrazione dell'attività della Struttura con gli adempimenti richiesti dall'avvio della Federazione sovrazonale	Rispetto scadenze	100%	13
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definita, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un cronoprogramma	Organizzazione incontro e definizione cronoprogramma	100%	8
	Coordinamento/supporto per realizzare l'azione strategica di cui agli obiettivi 2012 riferita all'utilizzo della cartella clinica informatizzata (ambulatoriale e di ricovero)	relazione	trimestrale	8

Il Direttore Generale

SCHEDA OBIETTIVI SOC I.C.T.

GESTIONE ORDINARIA

punti 55

ENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Collaborazione con la SOC Supporto Direzionale alla predisposizione del Piano delle performance	Piano	entro il 31/12/2012	12
	Predisposizione nuovo atto aziendale in base alle indicazioni regionali e tenuto conto delle scadenze regionali	documento	Scadenza regionale	9
	Collaborazione con la SOC Budget e Controllo per l'organizzazione della tenuta della contabilità separata per quanto attiene la libbra professione e predisposizione di un bilancio autonomo	Contabilità separata bilancio autonomo	entro il 31/12/2012	10
	Collaborazione con la SOC ICT per l'utilizzo della firma digitale con riguardo alle determinate dirigenziali	Avvio attività	entro il 31/12/2012	9
	Ampliamento orario di apertura URP dalle 8,30 alle 16	Ampliamento apertura	8,30 -16	5

Il Direttore SOC Affari Generali

Stefano Pappalardo

25.06.2012

Il Direttore Generale

[Signature]

ATTIVITA' DI COMPLEMENTO

punti 55

FUNZIONE	CONTENUTO	INDICATORE	STANDARD	PESO
	Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze e attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.	Revisione processo	entro il 31.12.2012	10
	Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.	Partecipazione incontri	100%	10
	Regolamento determine dirigenziali	Regolamento	entro il 31.12.2012	14
	Rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per l'anno 2012.	budget	100%	11
	Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che il Coordinatore Individuato dall'Azienda individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti predisponendo un conoprogramma	Organizzazione incontro e definizione conoprogramma	100%	10

SCHEDA OBIETTIVI SOC AFFARI GENERALI

