


STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	STRUTTURA: s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico
	DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino


Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Promuovere le attività di formazione nell'ambito dell'ASL NO attraverso il supporto delle strutture nell'accREDITAMENTO degli eventi formativi e nella raccolta dei bisogni formativi e implementare la nuova piattaforma ECM Provider	1) Monitoraggio dei corsi previsti nei progetti infraannuali 2) Raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo 3) N° iniziative di diffusione della BVS-P attuate nell'anno 4) Procedura Provider	1) Secondo le tempistiche funzionali alle verifiche 2) Entro il 31/12/2021 3) Almeno due 4) Secondo tempistica e standard regionale	1) 31/12/2021 2) 31/12/2021 3) 31/12/2021 4) 31/12/2021	GoCSS	1) Report 2) Proposte formative raccolte 3) Attestato partecipazione al corso 4) Procedura	20	3	3
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			

Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Coordinare e realizzare, per quanto di competenza, il Piano della qualità aziendale	Azioni previste dal Piano di qualità aziendale/Totale azioni previste dal Piano	90%	28/02/2020	GoCSS e tutte le strutture coinvolte nelle azioni del Piano di qualità	Report	20	3	3
Garantire il monitoraggio del programma di gestione del rischio (UGR) e promuovere la sicurezza del paziente attraverso l'applicazione di uno strumento proattivo di gestione del rischio	1) Monitoraggio semestrale indicatori UGR 2) Effettuare un safety walk around	1) Semestrale 2) Almeno su una tematica rilevante	31/12/2021	GoCSS	1) Report 2) Report			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Deliberare i documenti aziendali: - Regolamento di specialistica ambulatoriale; - Procedura per la redazione/revisione di documenti aziendali - Incident reporting e gestione di near miss ed eventi avversi	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Proposte di Delibera	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) - GOCSS GAVDT - GOCSS - GOCSS	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Proposta di Delibera			

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large stylized signature and several smaller initials.

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Partecipare al gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Supportare le strutture aziendali nella realizzazione del Piano per la gestione dei tempi di attesa e nella ridefinizione delle agende	1) N° agende rimodulate a CUP/ N° totale agende da rimodulare 2) Definizione del Piano per la gestione dei tempi di attesa	1) ≥90% 2) Entro i tempi previsti dalla Regione	31/12/2021	GOCSS	Relazione			
Favorire la sperimentazione del nuovo modello di SIMiVaP presso l'ASL NO promuovendo la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita	1) Calendarizzazione e supporto OIV 2) Azioni predisposte	1) 2) Entro 31/03/2021	31/12/2021	GoCSS	Report di sintesi GoCSS			



Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione e target 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	12,3	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Bucno

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Incarico con funzione di
coordinamento della struttura

CPS INF DA Del Gaudino Fabio

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) ≥ 70% 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

Daniela Sarasino

[Signature]

[Signature]

DGF

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Gestione e Funzioni Amministrative decentrate a valenza territoriale						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Paolo Garavana						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Predisporre i contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992 da sottoscrivere con le Strutture Private accreditate convenzionate e pubbliche, ai sensi della normativa regionale anche in relazione alle implicazioni legate all'emergenza COVID ANNO 2021	Stipula di contratti con le strutture pubbliche, private accreditate e l'IRCCS di Veruno per l'anno 2021 tenuto conto delle implicazioni legate all'emergenza COVID	In funzione delle tempistiche definite dalla Regione	Rispetto termini regionali - 31/12/2021	Struttura firmataria	Deliberazione Contratti	*	///	3
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Predisporre il Regolamento di specialistica ambulatoriale	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Proposta di Delibera	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) GOCSS GAVDT	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Proposta di Delibera	30	///	3
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case della Salute, ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	31/12/2021	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità	Report			
Presa in carico liquidazione accentrata presso unico ufficio rimborsi ticket agli assistiti tramite applicativo contabile	Almeno una liquidazione	Entro il 31/03/2020	31/12/2020	SEF	Liquidazione			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Dare corso alla riorganizzazione della Commissione di Vigilanza ai sensi della disposizione regionale DGR N. 7-2645 DEL 22.12.2020 "Aggiornamento indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della l.r. 1/2004 e s.m.i. revoca delle ddgr n.124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008" prevedendo pieno passaggio di consegne alla nuova struttura e la rendicontazione dell'attività finora svolta	1) Predisposizione relazione di attività 2021 2) Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture sanitarie private	1) Relazione predisposta e inviata in Regione, entro il 15/03/2021 2) Almeno 90% delle Commissioni	1) 15/03/2021 2) 31/12/2021	DISTRETTI SISP ML STP GAVDT	1) Relazione 2) Report Presidente Commissione di Vigilanza	20	///	2
Riorganizzazione Servizio a seguito inserimento nuove figure professionali e competenze con individuazione Responsabili di procedimento	Redigere l'Atto formale di individuazione Responsabili di procedimento	Entro il 30/12/2021	31/12/2021	GAVDT	Atto formale			

Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GoCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GoCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GoCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Paolo Garavana

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Budno

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) $\geq 70\%$ 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

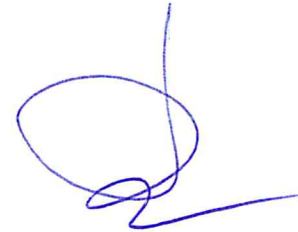
Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Paolo Garavana

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Psicologia Clinica						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Lucia Colombo						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Assicurare le attività dello Psicologo ai Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale (NPI, DMI, DSM, SERT, CDCD, Distretti, Ospedale, formazione, URE) per la realizzazione di specifici progetti	Piano annuale di attività delle risorse della SSD Psicologia con ore dedicate a specifici progetti in attivazione	Ore/psicologo dedicate a: 1. percorso paziente con DSA (autismo) 2. presa in carico del paziente adolescente e della sua famiglia 3. comunità psichiatriche 4. attività neuropsicologica per CDCD 5. paziente in Hospice 6. mediazione conflitti (Sportello ascolto) 7. SERT	31/12/2021	ssd Psicologia (in accordo con le strutture che si avvalgono dello psicologo)	Piano attività	20	///	///
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 mediante: - l'attuazione di nuovi modelli organizzativi aziendali in cui re-indirizzare i processi produttivi (rete di servizi integrati per PDTA; medicina di iniziativa presso le Case della salute coordinata con specialisti ospedalieri e ambulatoriali; televisita/teleconsulto; accessi specialistici in loco presso strutture residenziali per contenere accessi all'Ospedale o al Presidio Territoriale); - la riattivazione progressiva delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19; - l'attuazione di progetti finalizzati per abbattimento liste d'attesa in base alle risorse vincolate disponibili (Balduzzi) o che saranno assegnate	a) Verifica ed eventuale revisione dei "tempari" b) N° appuntamenti ricollocati/N° appuntamenti sospesi c) Definizione progetti abbattimento liste di attesa d) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) Entro il 31/03/2021 d) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) 31/03/2021 d) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Progetto d) Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro			




Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Aggiornamento del CUG e consigliere di fiducia	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Delibera di aggiornamento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) AILCAT SPS	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Delibera	20	///	///
Garantire l'implementazione del sistema di redazione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione del PDTA del paziente autistico con AOU Maggiore della carità	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2021	31/12/2021	NPI PAN PAS SPS	PDTA			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantità individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto	10	///	///
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	DSM-NPI- DPD Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione			

JP





Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	///
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	///
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	///
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione e target 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	///
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	///

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott.ssa Lucia Colombo

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Lucia Colombo

[Signature]

[Signature]

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbalì OIV 2) Verbalì incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbalì
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) $\geq 70\%$ 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott.ssa Lucia Colombo

Lucia Colombo

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Monitoraggio della turnistica in ottemperanza al Dgls 161/14 recepimento L66/2003	Schede giustificative di scostamento	Rilevazione mensile	31/01/2022	DiPSa; Strutture h24; h12; servizi	Report specifico per singola area: - ospedaliera - territoriale - prevenzione	20	3	3
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case della Salute, ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	1) Progettare il modello organizzativo della Casa della salute di pertinenza territoriale 2) PDTA implementati	1) Entro il 31/12/2021 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità	31/12/2021	Distretti, tutte le struttue coinvolte nel Piano cronicità	1, 2) Relazione			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2022	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Coordinare attraverso la rete dei professionisti con incarico di funzione il sistema di valutazione del personale del comparto	1) Ridefinire le modalità di valutazione del personale con specifico incarico di funzione come previsto dal C.C.N.L. 2) N° di schede di valutazione complete e inserite in Cred.Net/Totale degli operatori da valutare	1) Entro il 31/05/2021 2) 100%	1) 31/05/2021 2) 21/01/2022	DIPSA SICG GPVRU GOCSS	1) Documento con modalità di valutazione 2) Schede			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Al fine di garantire il miglioramento continuo dell'assistenza al paziente ospedalizzato e sul territorio, implementare la procedura sulla prevenzione e gestione delle lesioni da pressione (LDP)	Proposta di delibera	Entro il 31/05/2021	31/05/2021	DIPSA	Proposta di delibera	20	3	3
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Sviluppare un sistema di raccolta di specifici indicatori di esito per misurare e migliorare la qualità dell'assistenza al paziente	1) Individuazione degli indicatori di esito da monitorare 2) Monitoraggio degli indicatori individuati	1) Entro 30/09/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/09/2021 2)31/12/2021	DIPSA Strutture interessate	1) Relazione 2) Report	10	2	2
Al fine di ottimizzare le risorse umane, rimodulare la dotazione organica dei diversi setting assistenziali	1) Individuazione dello strumento 2) Applicazione dello strumento sperimentale	1) Entro il 30/09/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/09/2021 2)31/12/2021	DIPSA	1) Strumento 2) Report			



Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione e target 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	12,3	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Incarico con funzione di coordinamento della struttura
CPSS INF. Dr.ssa Emilia Scandiyasci



Incarico con funzione di coordinamento della struttura
CPSS INF. Laura Signorotti



Incarico con funzione di coordinamento della struttura
CPSS TEC Davide Bordonaro



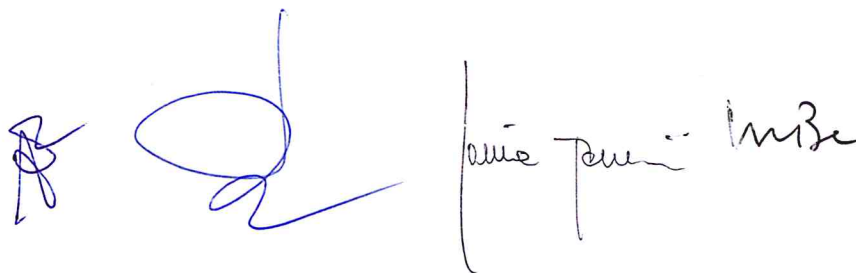
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Funzione Medico Competente						
DIRIGENTE: Dott. Michele Bestagini - Dott.ssa Vania Tomassini								
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	20	3	3
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Implementare la procedura per la gestione dell'emergenza extra-ospedaliera e monitoraggio della stessa attraverso la raccolta degli indicatori previsti	1) Rivalutazione dello stato di avanzamento dell'approvvigionamento dei presidi (materiali, carrello emergenza, DAE, etc) delle diverse sedi territoriali come previsto dall'allegato della procedura 2) Report con dettaglio delle schede pervenute /N* totale schede attese	1) Entro il 31/05/2021 2) Mensile	1) 31/05/2021 2) 31/12/2021	FMC e strutture territoriali	1) Documento 2) Report	20	3	3
Al fine di garantire l'appropriatezza nell'utilizzo dei DPI, completare ed implementare l'apposito documento predisposto nel 2019	1) Definizione dei DPI per le nuove procedure 2) Formalizzazione del documento	1) Entro il 30/06/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/06/2021 2) 31/12/2021	FMC** SPP	1) Verbale di riunioni 2) Procedura			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
Al fine di prevenire l'infezione da COVID-19, garantire la vaccinazione anti-covid ai diversi target di popolazione	N° vaccinazioni effettuate /Totale vaccinazioni previste in base alla programmazione giornaliera*100	100%	30/06/2021 31/12/2021	FMC	Report	10	2	2



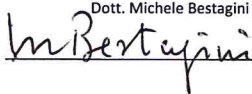
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	12,3	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.


Il Dirigente

Dott. Michele Bestagini



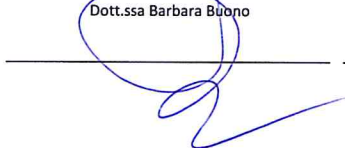
Il Dirigente

Dott.ssa Vania Tomassini



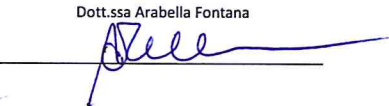
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Servizio Prevenzione e Protezione						
		RESPONSABILE: Dott. Andrea Bertaccini						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di garantire la sicurezza ai sensi del 81/2008, aggiornare i piani di emergenza delle strutture Aziendali soggette al controllo dei VV.F.	Piani di emergenza delle strutture aziendali aggiornati/Totale dei Piani da aggiornare *100	Piani di emergenza deliberati secondo format aziendale	30/06/2021	RSP e strutture aziendali interessate	Piani deliberati	///	3	3
Effettuare le esercitazioni di emergenza incendio ed evacuazione dei lavoratori come previsto dal Sistema di gestione della sicurezza Antincendio	Esercitazioni emergenza incendio ed evacuazione	Almeno una esercitazione per ogni struttura	31/12/2021	RSP e strutture aziendali interessate	Verbalì			
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro			
Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Aggiornamento del DVR sul: - rischio di infezione da COVID 19 - rischio fisico derivante dalle onde elettromagnetiche	1) 2) DVR aggiornato	1) 2) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	1) SPP 2) SPP STP	1) 2) DVR			
Obiettivi Appropriata e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il processo di verifica sulla conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza finalizzato all'adeguamento Antincendio delle strutture dell'A.S.L. NO di Novara adottato con Delibera n. 160 del 19/4/2019	Compilazione delle schede di Audit assegnate al SPP	100% di schede compilate	31/12/2021	SPP	Verbalì	///	3	3
Al fine di garantire l'appropriata nell'utilizzo dei DPI, completare ed implementare l'apposito documento predisposto nel 2019	1) Definizione dei DPI per le nuove procedure 2) Formalizzazione del documento	1) Entro il 30/06/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/06/2021 2) 31/12/2021	FMC** SPP	1) Verbale di riunione 2) Procedura			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Predisporre il Piano sopralluoghi dal Servizio Prevenzione Protezione	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Predisposizione piano	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) SPP	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Piano sopralluoghi			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Implementare un sistema di controllo in remoto dei presidi antincendio attraverso la compilazione di check-list on-line da parte degli addetti antincendio delle strutture territoriali soggette a SCIA	Predisposizione Check-list e programma temporale e nominativo di attività e controllo per gli edifici interessati	90% degli addetti antincendio formati sulla compilazione check list	30/04/2021	Villa Mirsa Galliate SERT Novara Distretto Ghemme, Distretto Oleggio Oasi e Tigli Novara Distretto Trecate	Check list codificata	///	2	2

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir	Peso C_San	Peso C_AT
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSP	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione Informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	///	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	///	12,3	12,3

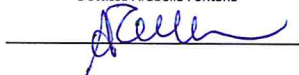
Responsabile della funzione
Dott. Andrea Bertaccini



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		FUNZIONE Servizio Sociale Professionale Aziendale						
		RESPONSABILE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Coordinare il Tavolo Interdistrettuale con gli Enti Gestori e monitorarne l'attività	Incontri del tavolo tecnico coordinati	Almeno 3/anno	28/02/2022	Struttura firmataria	Verbali	///	3	3
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a:chiusura delle cartelle in FAR SIAD entro le tempistiche definite dalla Regione	N° cartelle chiuse entro tempistica/totale di cartelle*100	100	Mensilmente	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it	///	3	3
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	///	2	2

Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP * 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	///	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione e target 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	///	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	///	12,3	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il responsabile della FUNZIONE

Dott.ssa Maria Grazia Bresich

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

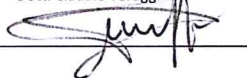
STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Teruggi						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	Procedure espletate per la gestione dei comunicati stampa, social network, sito e altre modalità comunicative aggiornate tempestivamente	Secondo le tempistiche concordate con la Direzione dell'ASL NO	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	///	3
Predisporre il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)	Proposta Deliberazione POLA	Entro il 31/03/2021	31/12/2021	AILCAT, GPVRU, DMPO, DIPSA	Proposta Deliberazione			
Obiettivi Appropriata e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Aggiornamento della Procedura sul consenso informato 4) Deliberare la Procedura per la redazione del Piano di comunicazione interno e relativo monitoraggio 5) Predisporre la Procedura per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e dei reclami e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento 6) Aggiornamento del CUG e consigliere di fiducia	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Procedura aggiornata con proposta di Delibera 4) Delibera della Procedura 5) Procedura aggiornata con proposta di Delibera 6) Delibera di aggiornamento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021 4) Entro il 30/04/2021 5) Entro il 30/04/2021 6) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021 4) Entro il 30/04/2021 5) Entro il 30/04/2021 6) Entro il 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) DMPO AILCAT ML 4) AILCAT 5) AILCAT 6) AILCAT SPS	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Proposta di Delibera 4) Delibera del Piano 5) Proposta di Delibera 6) Delibera	20	///	3
Stesura linee guida operative per attivazione del Fascicolo Informatico Amministrativo presso tutte le Strutture	Stesura e invio a tutte le strutture della Circolare sul Fascicolo Informatico Amministrativo	Entro il 30/09/2021	31/12/2021	AILCAT SICG	Nota			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 e del programma regionale di gestione del rischio clinico	Predisposizione della relativa cartellonistica	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	AILCAT	Relazione	10	///	2
Revisione regolamento aziendale sul patrocinio legale ai dipendenti.	Proposta Deliberazione	Entro il 30/06/2021	31/12/2021	AILCAT	Proposta Deliberazione			

Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

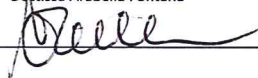
Il Direttore della struttura
Dott. Claudio Teruggi



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Budno



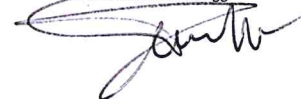
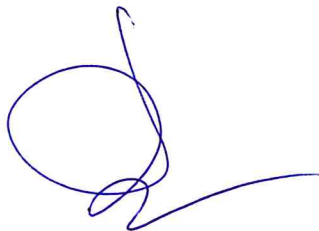
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



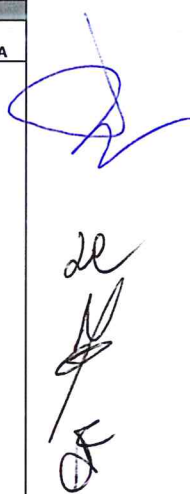
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) $\geq 70\%$ 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Claudio Teruggi


STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Luisella Cendron						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Supporto attività vaccinazioni COVID19	1) Supporto logistico 2) Supervisione gestione ambulatori, utenze e impostazioni applicativo SIRVA 3) Gestione report da fonti regionali (PADDI e portale COVID)	1)2)3) Secondo pianificazione aziendale	30/06/2021 31/12/2021	SICG, SISP, TD	1) 2) 3) Relazione attività verificata da Direzione	*	///	///
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Predisporre il documento dei Flussi informativi - invio dati SDO. Procedure operative, con integrazione controlli SDO terzo livello 4) Costruzione di report su DRG relativi a reti HUB/SPOKE	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Predisposizione documento 4) Predisposizione report (mobilità passiva) su dati anno precedente	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021 4) Entro la chiusura del bilancio consuntivo	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021 4) Entro la chiusura del bilancio consuntivo	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) DMPO SICG 4) SICG	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Documento 4) Report	20	///	3
Aggiornamento sistema ARPE con verifica corretta mappatura Unità Produttive/Sede di tutte le Strutture ASL	Revisione delle unità produttive con verifica approvata da Direttore/Responsabile Struttura	100% Strutture verificate	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Report estratto da ARPE con approvazione Direttore/Responsabile			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Sviluppare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 mediante l'attuazione di nuovi modelli organizzativi aziendali tra cui televisita/teleconsulto.	Attivazione televisita	Attivazione televisita entro il 31/12/2021	31/12/2021	NPI SICG	Studio di fattibilità	30	///	5
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 e del programma regionale di gestione del rischio clinico	Attivazione del numero unico (2222) per le chiamate di emergenza	Attivazione del numero unico per l'emergenza intraospedaliera entro il 31/12/2021	31/12/2021	SIGC	Relazione			
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione			
Diffusione firma digitale e utilizzo fascicoli documentali presso tutte le strutture Tecnico-Amministrative	1) Individuazione di almeno un progetto per Struttura 2) Attivazione	1) Entro il 31/05/2021 2) Entro il 31/12/2021	31/05/2021 31/12/2021	SICG AILCAT GPVRU SEF STP	1) Comunicazione a DA dei progetti individuati 2) Comunicazione avvio progetto			



Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Luisella Cendron

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

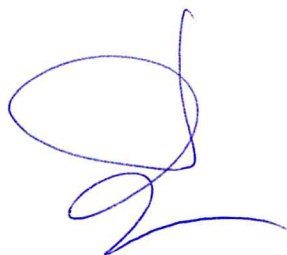
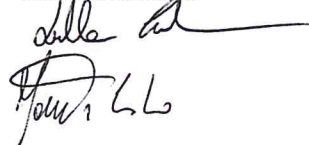
Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Ing. Carlo Faletti

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip Ai SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) ≥ 70% 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Luisella Cendron


STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Corona						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	Procedure espletate per il reclutamento del personale per emergenza COVID19	Secondo modalità concordate con la Direzione dell'ASL NO	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	///	3
Conclusione procedura concorsuale interaziendale per l'assunzione di Assistenti Amministrativi al fine di poter assumere dal 1° giugno 2021.	Almeno una assunzione dalla graduatoria concorsuale al 1° giugno 2021.	Entro il 01/06/2021	31/12/2021	GPVRU	Report			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it	20	///	3
Riorganizzazione pagina web Concorsi con suddivisione pubblicazioni per macro categorie di personale (Incarichi, Dirigenti Sanitari, Comparto Sanitari e Altro personale) e tra concorsi scaduti e non	Riorganizzazione della pagina web Concorsi e invio a tutti i dipendenti di una circolare esplicativa	Entro il 30/09/2021	31/12/2021	GPVRU	Mail di invio			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Riorganizzazione Servizio a seguito pensionamento Collaboratori Amministrativi con individuazione Responsabili di procedimento	Redigere l'Atto formale di individuazione Responsabili di procedimento	Entro il 30/06/2021	31/12/2021	GPVRU	Atto formale	10	///	2

Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott. Gianluca Corona

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo peronsale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) ≥ 70% 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Gianluca Corona

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Silvano Bonelli						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Dare corso al Piano di investimenti 2021-23, garantendo l'acquisto di tutti gli ecografi necessari alle varie Strutture aziendali e preventivati nel Piano Investimenti per l'esercizio 2021	Consegna ecografi	Entro 30/09/2021	31/12/2021	STP	Bolle consegna	20	///	3
Garantire la presa in carico e liquidazione fatture entro 15 giorni dalla ricezione delle stesse da parte del Servizio	1) Fatture non prese in carico (non liquidate e/o non sospese) 2) Tempistica liquidazione	1) < 1% 2) Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	31/12/2021	STP	Report SEF			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Riorganizzare la gestione del parco autoveicoli aziendali mediante software dedicato di prenotazione automatizzata e monitoraggio (km percorrenza/consumi benzina)	1) Studio di fattibilità 2) Attivazione del servizio	1) Entro 30/06/2021 2) Entro 31/12/2021	31/12/2021	STP SICG	1) Relazione 2) Nota a tutte le Strutture	20	///	3
Partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale costituito per avviare il contratto di logistica integrata per l'AIC3	Partecipazione alle riunioni	Almeno 4 riunioni	31/12/2021	STP	Relazione			
Coordinamento e supporto ai Centri Ordinatori di spesa per corretta gestione ordini tramite Nodo Smistamento Ordini (NSO)	Note informative	Almeno 2 circolari all'anno	30/06/2021; 31/12/2021	STP	Note protocollate in Archiflow			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Predisporre la procedura per la gestione delle dotazioni tecnologiche in ASL NO	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Procedura aggiornata con proposta di Delibera	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) STP	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Proposta di Delibera			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Completamento lavori relativi alla creazione di 6 posti di TI e sopraelevazione risonanza magnetica presso il PO di Borgomanero rientranti nel Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera nell'ambito del "Piano Arcuri"	Collaudo	Entro 31/12/2021	31/12/2021	STP	Determina	10	///	2
Approvazione progettazione esecutiva lavori relativi alla riorganizzazione del DEA del PO di Borgomanero rientranti nel Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera nell'ambito del "Piano Arcuri"	Atto approvazione	Entro 31/12/2021	31/12/2021	STP	Determina			
Supportare la Commissione di Vigilanza nell'espletare le proprie funzioni di controllo	Partecipazione alle Commissioni di vigilanza sulle strutture socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	Almeno 90% delle Commissioni	31/12/2021	STP DISTRETTI SISP	Report Presidente Commissione di Vigilanza			
Aggiornamento del DVR sul rischio fisico derivante dalle onde elettromagnetiche	DVR aggiornato	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	SPP STP	DVR			
Riorganizzazione Servizio con individuazione Responsabili di procedimento e personale dedicato alle varie aree di attività con relativi carichi di lavoro	Atto formale di individuazione Responsabili di procedimento e unità di personale dedicato alle varie aree di attività	Entro il 30/06/2021	31/12/2021	STP	Determina			

Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GoCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GoCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GoCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott. Silvano Bonelli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Arch. Silvano Strofa

Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Dott. Sergio Pelizzone

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) ≥ 70% 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Silvano Bonelli

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Barbara Buono						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Chiusura del Bilancio 2020	Redazione dei documenti e scritture contabili	Entro i tempi previsti dalla Regione	31/12/2021	SEF	Delibera	20	///	3
Accordo transattivo con fornitore su interessi di mora	Conclusione di almeno due accordi con impresa fornitrice (o factor)	Entro 31/12/2021	31/12/2021	SEF	Determina			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it	20	///	3
* Predisposizione istruzioni operative necessarie al funzionamento della Struttura	Registrazione delle istruzioni operative presso il GOCSS	Almeno due istruzioni operative	31/12/2021	SEF	Istruzioni operative			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Riorganizzazione Servizio a seguito cessazioni e maternità dipendenti ed inserimento nuovi operatori	Atto formale di individuazione Responsabili di procedimento	Entro il 30 settembre 2021	31/12/2021	SEF	Verbale	10	///	2

Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza degli operatori dell'ASL NO rispetto alla vaccinazione anti COVID-19 e, conseguentemente, aumentarne la compliance, informare tutto il personale mediante specifico corso "Vaccinazione informata sul vaccino anti COVID-19"	N° operatori della struttura formati/Totale operatori della struttura da formare * 100	60% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento	07/03/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO								
Al fine di migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo, garantire la formazione ai sensi del D.lgs 81/08, secondo la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra Servizio di Prevenzione e Protezione e la s.s.d. GoCSS	N° operatori della struttura formati entro il periodo definito/Totale operatori della struttura da formare nel periodo, secondo la programmazione del RSPP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GoCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GoCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	///	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	///	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc) per quanto di competenza della Struttura	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GoCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	///	12,3

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali OIV 2) Verbali incontri, report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)	1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto 2) Identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv sulla scheda tipo 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget 2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget 3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi	1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno 2) Scheda tipo con indicazione nominativi 3) Verbali
	FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) N. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura (Solo personale sanitario) 2) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) ≥ 70% 2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO	1) Relazione formazione 2) Relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione	1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Barbara Buono