

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina legale						
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Emanuela Agosta						
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 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	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			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2022	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
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
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcolgia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Aggiornare la procedura sul consenso informato	Procedura aggiornata con proposta di Delibera	Entro il 30/04/2021	30/04/2021	ML** AILCAT DMPO	Proposta di Delibera	10	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore F.F. della struttura  
Dott.ssa Immacolata Agosta

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) $\geq 70\%$ 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 F.F. della struttura  
Dott.ssa Emanuela Agosta

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: dott. Fabrizio Ferraris						
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
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2022	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Sviluppo della rete WHP nel territorio novarese	Prosecuzione del progetto rete WHP Novara, coinvolgendo un maggior numero di imprese	Almeno una azienda in più rispetto all'anno precedente	28/02/2022	SPRESAL	Rendicontazione prosecuzione progetto	10	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore della struttura  
Dott. Fabrizio Ferraris

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore  
della struttura

CPSS TdP Dr. Walter Lazzarotto

## 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. Fabrizio Ferraris



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica						
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Edoardo Moia						
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
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2022	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	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	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto nel Piano vaccinale aziendale	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			
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	N° sopralluoghi effettuati/totale dei sopralluoghi previsti * 100	Applicazione del piano di attività congiuntamente alle altre strutture coinvolte: 90%	28/02/2022	Distretti, SISP, STP, ML, GAVDT	Relazione			
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
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcolgia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	20	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di gestire l'infezione da COVID-19, garantire l'esecuzione di tamponi rinofaringei per la ricerca del virus	N° tamponi eseguiti al DT o al HS/Totale dei tamponi prenotati presso tali sedi *100	100%	30/06/2021 31/12/2021	SISP DISTRETTI GOCSS	Report	10	2	2
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	SISP DISTRETTI GOCSS	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore P.F. della struttura  
Dott. Edoardo Moia

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore  
della struttura

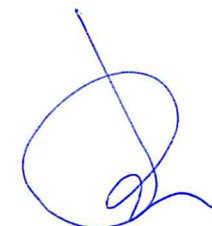
CPSS INF Dr.ssa Rossella Pepe



## 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 F.F. della struttura  
Dott. Edoardo Moia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvana Pitrolo						
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
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	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2021 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	1) 31/12/2021 2) 31/01/2022	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 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 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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Rendere operative le istruzioni redatte in merito al controllo ufficiale sulle aree mercatali ASL NO attraverso l'effettuazione di interventi integrati dei servizi SIAN e SIAV B	Controlli effettuati/Controlli programmati*100	≥70%	31/01/2022	SIAN SIAV B	Relazione	10	2	2

SP

17

17

17



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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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

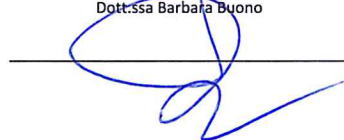
(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

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

Il Direttore della struttura  
Dott.ssa Silvana Pitrolo



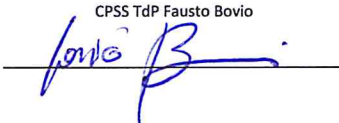
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Coordinatore della struttura  
CPSS TdP Fausto Bovio

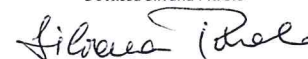
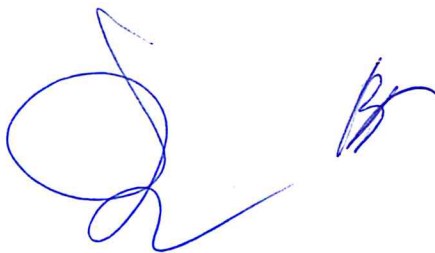


## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 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.ssa Silvana Pitrolo




DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati						
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Angela Allegra						
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
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	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2021 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	1) 31/12/2021 2) 31/01/2022	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 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 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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Rendere operative le istruzioni redatte in merito al controllo ufficiale sulle aree mercatali ASL NO attraverso l'effettuazione di interventi integrati dei servizi SIAN e SIAV B	Controlli effettuati/Controlli programmati*100	≥70%	31/01/2022	SIAN SIAV B	Relazione	10	2	2

Angela Allegra

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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore F.F. della struttura

Dott.ssa Angela Allegra

Il Coordinatore con Incarico  
Organizzativo della struttura

CPSS TdP Paolo Ponzetto

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

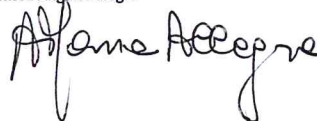
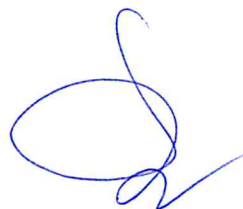


## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 peronale 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 F.F. della struttura

Dott.ssa Angela Allegra



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemi sorveglianza veterinaria						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli						
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
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	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2021 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	1) 31/12/2021 2) 31/01/2022	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 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 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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Completare il processo di informatizzazione delle documentazioni per rilascio pareri autorizzativi strutture di detenzione animali (SIAV A) con estensione al settore animali	N° documenti archiviati informaticamente per rilascio pareri autorizzativi/ Totale documenti pervenuti per il rilascio pareri autorizzativi	Almeno il 90%	31/01/2022	SIAV A	Report	10	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore della struttura  
Dott. Franco Tinelli

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore con Incarico  
CPSS TdP Paolo Ponzetto

## 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. Franco Tinelli



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Pierluigi Rattone						
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
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	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcolgia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	3	3
Valutazione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare ai sensi del regolamento UE 625/2017 cons. 40	1) Supervisione in campo dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale tramite check list dedicata 2) Supervisione a posteriori	1) Verifica del 50% degli operatori su almeno una tipologia di controllo ufficiale, entro 31/12/2021 2) Verifica di almeno due tipologie di controlli ufficiali	1) 31/12/2021 2) 31/01/2022	SIAN, SIAV A, SIAV B, SIAV C	1) Relazione 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 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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di prevenire l'antimicrobico resistenza animale, contenere il consumo di antibiotici nella filiera delle bovine da latte dell'ASL NO verificando i protocolli di messa in asciutta "selettiva"	Ispesioni presso allevamenti di bovini da latte maggiore di 100 capi con redazione di apposita check list dedicata	≥80%	31/01/2022	SIAV C	Relazione	10	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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. Pierluigi Rattone

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore con Incarico  
CPSS TdP Paolo Ponzetto

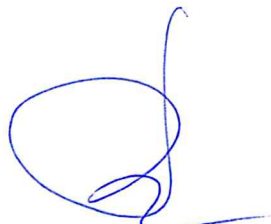
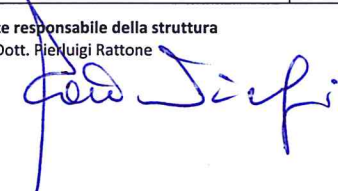




## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

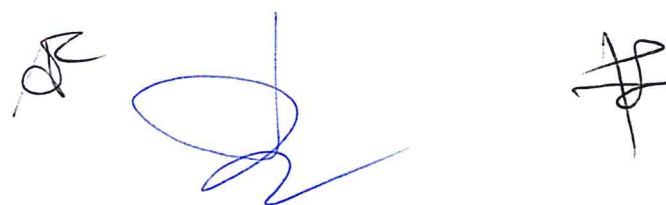
Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di 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 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) $\geq 70\%$ 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. Pierluigi Rattone

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini						
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 al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	1) N° azioni previste dal Piano aziendale/totale azioni previste*100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	31/12/2021	UVOS	REPORT	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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcolgia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	20	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Garantire le attività della Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	Predisposizione relazione di attività 2021	Relazione predisposta e inviata in Regione, entro il 15/03/2021	15/03/2021	DISTRETTI SISP ML STP GAVDT	Relazione	10	2	2



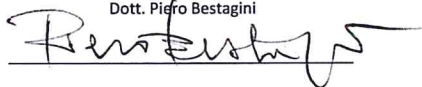


Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
Al fine di promuovere la consapevolezza 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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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. Piffo Bestagini



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana



STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mario Esposito						
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
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	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	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto nel Piano vaccinale aziendale	Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Vaccinale 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 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	1) Entro il 31/12/2021 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale	31/12/2021	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità	1, 2) Elazione 3) Report			



Obiettivi Appropriato e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Consultori, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; Flusso C su ECWMED) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Redazione del documento che definisca le modalità operative	1) Entro 31/12/2021 2) Secondo scadenze regionali 3) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti, UOCP, CONS	1) Relazione 2) Report 3) Istruzione operativa	20	3	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Liquidazione accentrata degli emolumenti stipendiali dei professionisti CNU [tutti compresa Continuità Assistenziale (normale e USCA)] presso ufficio di Novara nell'ambito del gruppo di lavoro CCPS	Una sola liquidazione per ciascuna categoria	Entro 30/04/2021	30/04/2021	CCPS, SEF	Report con elenco liquidazioni per categoria mese aprile.	10	2	2
Governare il riordino territoriale delle équipes dei MMG	Piano di riorganizzazione delle équipes	Piano predisposto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti	Piano			
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 socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	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	1) Relazione 2) Report Presidente Commissione di Vigilanza			

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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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.

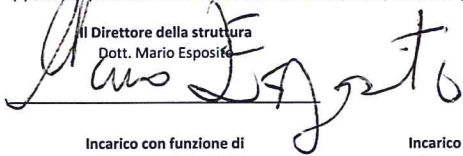
Il Direttore della struttura  
Dott. Mario Esposito

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

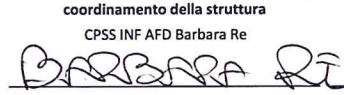
Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS INF AFD Barbara Re

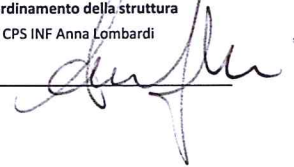
Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPS INF Anna Lombardi













## 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. Mario Esposito

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord						
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Bartolomeo Ficili						
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
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	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	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto nel Piano vaccinale aziendale	Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Vaccinale 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 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	1) Entro il 31/12/2021 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale	31/12/2021	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità	1, 2) Relazione 3) Report			



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
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Consultori, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; Flusso C su ECWMed) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Redazione del documento che definisca le modalità operative	1) Entro 31/12/2021 2) Secondo scadenze regionali 3) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti, UOCP, CONS	1) Relazione 2) Report 3) Istruzione operativa	20	3	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Liquidazione accentrata degli emolumenti stipendiali dei professionisti CNU [tutti compresa Continuità Assistenziale (normale e USCA)] presso ufficio di Novara nell'ambito del gruppo di lavoro CCPS	Una sola liquidazione per ciascuna categoria	Entro 30/04/2021	30/04/2021	CCPS, SEF	Report con elenco liquidazioni per categoria mese aprile.	10	2	2
Governare il riordino territoriale delle équipes dei MMG	Piano di riorganizzazione delle équipes	Piano predisposto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti	Piano			
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 socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	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	1) Relazione 2) Report Presidente Commissione di Vigilanza			

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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore della struttura  
Dott. Barolomeo Ficili

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS INF AFD Elena Parmigiani

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPS INF Pratiello Sonia

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS INF Acquaviva Luigi

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS De Zotti Stefania

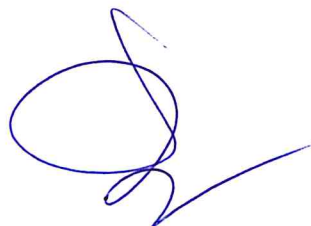


## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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. Bartolomeo Ficili




STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud						
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Mario Esposito						
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
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	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	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto nel Piano vaccinale aziendale	Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	Azioni previste dal Piano Vaccinale 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 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	1) Entro il 31/12/2021 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale	31/12/2021	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità	1, 2) Relazione 3) Report			



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
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Consulenti, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	1) Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) 2) % Completezza dei flussi regionali e aziendali della domiciliarità e della residenzialità (es. portale FAR SIAD regionale; Flusso C su ECWMED) nel rispetto dei profili e dei ruoli di ciascun Servizio territoriale 3) Redazione del documento che definisca le modalità operative	1) Entro 31/12/2021 2) Secondo scadenze regionali 3) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti, UOCP, CONS	1) Relazione 2) Report 3) Istruzione operativa	20	3	3
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 Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Liquidazione accentrata degli emolumenti stipendiali dei professionisti CNU [tutti compresa Continuità Assistenziale (normale e USCA)] presso ufficio di Novara nell'ambito del gruppo di lavoro CCPS	Una sola liquidazione per ciascuna categoria	Entro 30/04/2021	30/04/2021	CCPS, SEF	Report con elenco liquidazioni per categoria mese aprile.	10	2	2
Governare il riordino territoriale delle équipes dei MMG	Piano di riorganizzazione delle équipes	Piano predisposto entro il 31/12/2021	31/12/2021	Distretti	Piano			
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 socio sanitarie e sulle strutture sanitarie private ex Delibera DG n. 59/2018	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	1) Relazione 2) Report Presidente Commissione di Vigilanza			

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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Direttore F.F. della struttura  
Dott. Mario Esposito

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS INF Rita Nastasi

Incarico con funzione di  
coordinamento della struttura  
CPSS INF Anna Lombardi

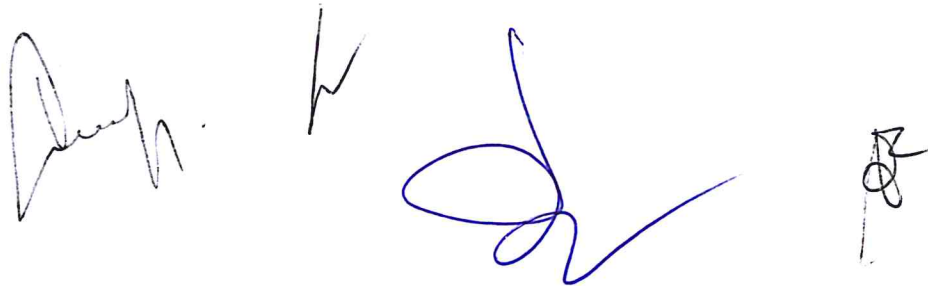


## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVdip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 revoco 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 F.F. della struttura  
Dott. Mario Esposito

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Grazioli						
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	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	20	3	3
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura farmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle cartelle in FAR SIAD entro il 20 del mese successivo al trimestre di competenza	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° cartelle chiuse in SIAD entro il 27 del mese successivo di competenza/totale di cartelle del mese entro il 27 2b) N° cartelle chiuse in FAR SIAD nel mese di gennaio dell'anno successivo/totale cartelle dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 28/02/2022 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2022	Struttura farmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO			
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	20	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
Riorganizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle attività assistenziali in modo da soddisfare le esigenze di unificazione e integrazione dei Servizi Territoriali per dare risposte corrette, complete e tempestive sia a livello domiciliare (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia) sia a livello residenziale	Audit organizzativo interdistrettuale su: - PUA - Servizi Territoriali (Cure Domiciliari, Cure Palliative, Infermiere di famiglia)	Entro 31/12/2021	31/12/2021	Distretti, UOCP	Relazione	10	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione Informatica in ASL NO</b>								
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
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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 Sandra Grazioli

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

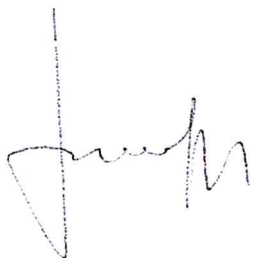
Il Coordinatore  
della struttura

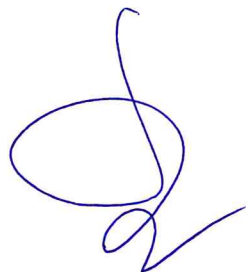
CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino

## 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 Sandra Grazioli






STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Sanità Penitenziaria						
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Gianni Valzer						
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
* 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	20	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 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	///
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
Garantire le risposte alle istanze richieste dai diversi enti/settori competenti (Regione, Garante regionale delle persone detenute)	1) Relazioni da predisporre e trasmettere 2) Piano Locale di prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi nell'Istituto penitenziario di Novara	1) 2) Entro i termini prescritti da diversi enti/settori	31/12/2021	SANP	Relazioni	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
<b>PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19</b>								
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	##
<b>PROGETTO: Promozione della politica della sicurezza in ASL NO</b>								
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	10	18,4	##
<b>PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO</b>								
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	##
<b>PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni</b>								
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	##
<b>PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL</b>								
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	##

(\*) 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. Gianni Valzer

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Nicola Vacca



## 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. Gianni Valzer

