

STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero								
DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Elisabetta Alliata								
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
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Controlli di terzo livello	1) Report relativo alla % di SDO chiuse nella tempistica corretta 2) Controlli di terzo livello effettuati	1) Report mensile 2) Secondo tempistiche e modalità definite dalla Regione	1) 2) 28/02/2022	DMPO	1) Report 2) Verbalì			
Obiettivi Appropriata e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	3	3
Garantire l'utilizzo sistematico delle check list per la sicurezza del paziente presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero e il relativo monitoraggio	1- n. Check-list in reparto compilate/totale dei pazienti operati in elezione*100 2- n. Check-listi in sala operatoria compilate/totale dei pazienti operati in elezione*100 3- Report di monitoraggio da parte della DMPO	1- 95% 2- 95% 3- almeno uno all'anno	Entro il 31/12/2021	DMPO, Chir, Orto, Uro, Gine, ORL	Report DMPO			
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Validazione delle modalità organizzative	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	DMPO	Modalità organizzative validate			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di loro competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura 3) Formalizzare la procedura per la gestione della cartella clinica 4) Predisporre il Regolamento liste attese degenza e interventi ambulatoriali 5) Predisporre il documento dei Flussi informativi - invio dati SDO. Procedure operative, con integrazione controlli SDO terzo livello 6) Aggiornamento della Procedura sul consenso informato	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report 3) Procedura aggiornata con proposta di Delibera 4) Regolamento e proposta di Delibera 5) Predisposizione documento 6) Procedura aggiornata con proposta di Delibera	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) Entro il 30/04/2021 4) Entro il 30/04/2021 5) Entro il 30/04/2021 6) Entro il 30/04/2021	1) 30/04/2021 2) Entro quanto previsto dalle singole procedure 3) 30/04/2021 4) 30/04/2021 5) 30/04/2021 6) 30/04/2021	1) Tutte le strutture aziendali 2) Tutte le strutture aziendali 3) DMPO 4) DMPO 5) DMPO SICG 6) DMPO AILCAT ML	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it 3) Proposta di Delibera 4) Regolamento e Proposta di Delibera 5) Documento 6) Proposta di Delibera			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di garantire il controllo delle infezioni correlate all'assistenza revisionare l'istruzione operativa per la gestione del reprocessing degli endoscopi	Definizione istruzione operativa	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GASTRO DMPO	Istruzione operativa	10	2	2
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione			
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 e del programma regionale di gestione del rischio clinico	Revisione della procedura per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, approvato da Direzione Generale entro il 31/12/2021	31/12/2021	DMPO RIA	Procedura			

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

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

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

Il Direttore F.F. della struttura
Dott.ssa Elisabetta Alliaia

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Dirigente responsabile
Struttura Semplice
Dott.ssa Lucia Paola Zanetta

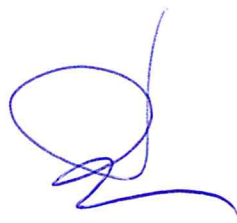
Il Coordinatore con Incarico
Organizzativo della struttura
CPSS INF. Dr. Bruno Bacchetta

Il Coordinatore con Incarico
Organizzativo della struttura
CPSS INF. AFD Carla Pozzoni

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 F.F. della struttura
Dott.ssa Elisabetta Alliaia




DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato						
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2022	1) 31/12/2021 2) 31/01/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Dare attuazione nel proprio Dipartimento 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 dalle singole strutture 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate dalle singole strutture	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 di Dipartimento	30
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Promuovere nel proprio Dipartimento la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita, al fine di garantire la conduzione efficace della sperimentazione del nuovo modello di SiMiVaP presso l'ASL NO	% indicatori dei progetti delle strutture afferenti al Dipartimento che hanno raggiunto lo standard	> 90%	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Report di sintesi GoCSS	30

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Airoidi						
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 firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2022	Struttura firmataria, SICG, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG			
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
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	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
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema Informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			

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

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

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

Il Direttore della struttura
Dott. Gianluca Airolidi

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPSS INF Dr.ssa Maurizia Sezzano

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>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</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>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</p> <p>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</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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</p> <p>3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 Incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>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)</p> <p>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</p>	<p>1) ≥ 70%</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoce credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Gianluca Airolidi

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Didino						
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
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Avvio della refertazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG	20	3	3
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sui consumi di dispositivi medici	Consumo di dispositivi medici/produzione	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	Report FO - SICG			
* 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
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	3	3
Al fine di garantire la sicurezza del paziente, effettuare uno specifico audit clinico su una specifica tematica da identificare	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) identificazione dell'argomento b) raccolta dati c) analisi dei dati d) condivisione dei risultati con l'intera struttura e) implementazioni azioni di miglioramento	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	MECAU GOCSS	Audit clinico			
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 promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			
Dare attuazione alla DGR n 16-2317 del 20/11/2020 "Aggiornamento Linee di indirizzo per l'organizzazione della "Rete tempo dipendente regionale ictus" al fine di fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo ed attuare una efficiente integrazione ospedale-territorio	Revisione delle modalità operative della gestione dell'ictus	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	MECAU RIA NEURO RADIO	Documento che descriva le modalità operative			

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

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

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

Il Direttore della struttura
Dott. Claudio Delino

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

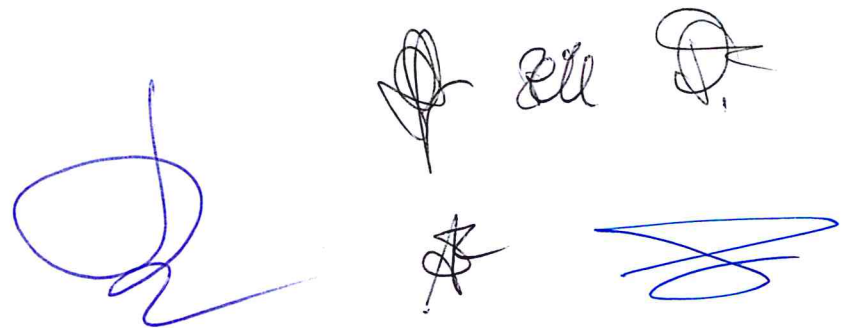
CPSS INF AFD Paola Alberghini

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 Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Claudio Di Iorio

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Godi						
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
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 medici	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
* 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			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2022	Struttura firmataria, SICG, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG			



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
Al fine di migliorare la gestione aziendale e interaziendale del paziente che deve effettuare un EEG, definire specifiche modalità organizzative	Documento predisposto	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	NEURO NPI PED RIA GOCSS	Documento	20	3	3
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			
Dare attuazione alla DGR n 16-2317 del 20/11/2020 "Aggiornamento Linee di indirizzo per l'organizzazione della "Rete tempo dipendente regionale ictus" al fine di fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo ed attuare una efficiente integrazione ospedale-territorio	Revisione delle modalità operative della gestione dell'Ictus	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	MECAU RIA NEURO RADIO	Documento che descriva le modalità operative			

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

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

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

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Laura Godi

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Romina Matella

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Veronique Toniolo

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 Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott.ssa Laura Godi

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Pierfranco Dellavesa						
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
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 firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2022	Struttura firmataria, SICG, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG			
* 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
Al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva degli esami perioperatori predisporre protocolli standardizzati	Almeno un protocollo per struttura	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE URO ORL CHIR TRAUMA RIA OCU CARDIO NEFRO CPVE RADIO DMPO	Protocollo	20	3	3
Tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI	N° episodi di STEMI, in cui il paziente sia stato inviato al centro di riferimento per eseguire una PTCA entro 2 giorni/N° di episodi di STEMI giunti presso il P.O. di Borgomanero	≥85%	31/12/2021	CARDIO	Report			
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			

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

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

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

Il Direttore F.F. della struttura
Dott. Pierfranco Delavasa

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPS INF Alessandro Ferri

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 revoca credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza 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. Pierfranco Dellavesa

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Cusinato						
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
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 firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
* 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			
Attivare la gara CONSIP	Attivazione della gara	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	NEFRO				
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2022	Struttura firmataria, SICG, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG			

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
Al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva degli esami per operatori predisporre protocolli standardizzati	Almeno un protocollo per struttura	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE URO ORL CHIR TRAUMA RIA OCU CARDIO NEFRO CPVE RADIO DMPO	Protocollo	20	3	3
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	1) Criteri 2) Planimetria			

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

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

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

Il Direttore della struttura
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

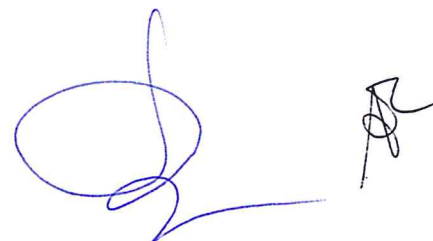
CPSS INF Veronique Tonio

CPSS INF AFD Daniela Zanetta

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 Documento Programmatico per la Sicurezza 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Stefano Cusinato



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione						
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Davide Colombo						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
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 firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	3	3
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Avvio della refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2022	Struttura firmataria, SICG, DMPO	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione s.c. SICG			
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
Al fine di migliorare la gestione del paziente con stato di male epilettico, effettuare uno specifico audit clinico	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) raccolta dati b) analisi dei dati c) condivisione dei risultati con l'intera struttura d) implementazioni azioni di miglioramento	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	NEURO RIA GOCSS	Audit clinico	20	3	3
Garantire l'implementazione del sistema di gestione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017 e del programma regionale di gestione del rischio clinico, con particolare attenzione a: - gestione della emergenza intraospedaliera; - promuovere l'appropriatezza prescrittiva degli esami perioperatori predisporre protocolli standardizzati; - promuovere la sicurezza del paziente nell'ambito del percorso nascita, predisporre le modalità operative per la gestione della partoanalgesia presso il PO di Borgomanero	Revisione della procedura per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, approvato da Direzione Generale entro il 31/12/2021	31/12/2021	DMPO RIA	Procedura			
	Almeno un protocollo esami perioperatori per struttura	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE URO ORL CHIR TRAUMA RIA OCU CARDIO NEFRO	Protocollo			
	Documento gestione partoanalgesia predisposto secondo procedura aziendale	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE RIA GOCSS CONS	Documento che descriva le modalità operative			
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Dare attuazione alla DGR n 16-2317 del 20/11/2020 "Aggiornamento Linee di indirizzo per l'organizzazione della "Rete tempo dipendente regionale ictus" al fine di fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo ed attuare una efficiente integrazione ospedale-territorio	Revisione delle modalità operative della gestione dell'ictus	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	MECAU RIA NEURO RADIO	Documento che descriva le modalità operative	10	2	2
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione			
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, individuare i criteri clinici e assistenziali per i diversi livelli di intensità di cura, tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	1) Identificazione dei criteri standard entro il 31/12/2021 2) Riorganizzazione dei percorsi e della logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 31/12/2021 Entro il 30/06/2021	31/12/2021	CARDIO MED NEFRO NEURO RIA MECAU DMPO	Criteri			

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

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

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

Il Direttore della struttura
Dott. Davide Colombo

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

CPSS INF AFD Loredana Abbate

Il Coordinatore della struttura

CPS INF Maria Iaci

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	<p>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE:</p> <p>1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione</p> <p>2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14</p>	<p>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</p> <p>2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro</p>	<p>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;</p> <p>1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso</p> <p>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</p>	<p>1a) Lettera di assegnazione obiettivi</p> <p>1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente</p> <p>2) Report verifica programmazione oraria mensile</p>
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	<p>EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità</p> <p>TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</p>	<p>1) Risultato della verifica annuale</p> <p>2) Partecipazione a incontri con RPC</p> <p>3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale</p>	<p>1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale</p> <p>2) Almeno una partecipazione</p> <p>3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso</p>	<p>1) Verbali OIV</p> <p>2) Verbali incontri, report presenze</p> <p>3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento)</p>
Capacità di garantire la comunicazione interna	<p>OBIETTIVI DI BUDGET: Evidenza della diffusione degli obiettivi assegnati alla struttura al personale della propria struttura (dirigenza e comparto)</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi a tutto il personale della dirigenza e del comparto</p> <p>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</p> <p>3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali</p>	<p>1) Rendicontazione sul Cruscotto ASL NO con verbale o mail con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>2) Entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget</p> <p>3) Almeno 2 incontri nell'anno post diffusione degli obiettivi</p>	<p>1) Verbale o mail con ricevuta di ritorno</p> <p>2) Scheda tipo con indicazione nominativi</p> <p>3) Verbali</p>
	<p>FORMAZIONE: Governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	<p>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)</p> <p>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</p>	<p>1) $\geq 70\%$</p> <p>2) Entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e rendicontazione sul cruscotto ASL NO</p>	<p>1) Relazione formazione</p> <p>2) Relazione secondo format</p>
	<p>SISTEMA INFORMATIVO: Evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione</p>	<p>1) Verifica annuale delle attribuzioni e revoche credenziali</p> <p>2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)</p>	<p>1) Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza</p> <p>2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura</p>	<p>1) Report esito verifica credenziali</p> <p>2) Report riepilogativo utilizzo</p>

Il Direttore della struttura
Dott. Davide Colombo