

DIPARTIMENTO CHIRURGICO						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli						
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
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 Dir
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 Dir
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
Implementare il regolamento delle Sale Operatorie	Monitoraggio degli indicatori previsti dal regolamento	standard previsti dal regolamento	31/12/2021	Tutte le strutture del dipartimento chirurgico e Blocco operatorio	Report di sintesi GoCSS	

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Amedeo Alonzo						
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; tele visita/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) Interventi chirurgici ricollocati/Totale di interventi chirurgici in elezione*100 d) Definizione progetti abbattimento liste di attesa e) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) 90% d) Entro il 31/03/2021 e) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) Trimestrale d) 31/03/2021 e) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Report GoCSS d) Progetto e) 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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/01/2022 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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 perioperatori predisporre protocolli standardizzati	Almeno un protocollo per struttura	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE URO ORL CHIR TRAUMA RIA OCUI CARDIO NEFRO CPVE RADIO DMPO	Protocollo	20	3	3
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni/ricoveri per colecistectomia laparoscopica*100	≥70	31/12/2021	s.c. Chirurgia Generale	Report			
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 compilato/totale dei pazienti operati in elezione*100 2- n. Check-listi in sala operatoria compilato/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			
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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	ONCO** GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO	Mail ONCO di invio alla DMPO delle modalità			



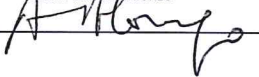
Progetti aziendali e obiettivi infra annuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
PROGETTO: Gestione emergenza sanitaria COVID-19								
Al fine di promuovere la consapevolezza 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.

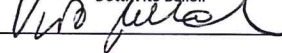
Il Direttore della struttura

Dott. Amadeo Alonzo



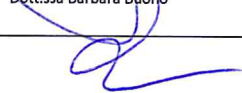
Il Direttore di Dipartimento

Dott. Wito Belloli



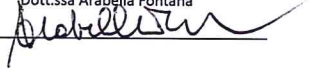
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana



Il Coordinatore con Incarico

Organizzativo della struttura

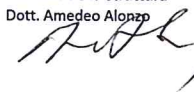
CPS INF Giuseppe Sinesi




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 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. Amedeo Alonzo













DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oncologia						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Incoronata Romaniello						
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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 31/05/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO			

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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	ONCO** GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO DMPO	Mail di invio alla DMPO delle modalità			

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 compliance 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 RSP* 100	100% operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto la programmazione del RSP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSP	10	18,4	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 Incoronata Romanello

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Patrizia Morganti

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 Incoronata Romaniello

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta						
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) Interventi chirurgici ricollocati/Totale di interventi chirurgici in elezione*100 d) Definizione progetti abbattimento liste di attesa e) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) 90% d) Entro il 31/03/2021 e) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) Trimestrale d) 31/03/2021 e) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Report GoCSS d) Progetto e) 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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/01/2022 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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
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	20	3	3
Al fine di garantire il controllo delle infezioni correlate all'assistenza prevenire le infezioni delle vie urinarie associate al posizionamento di catetere vescicale nel paziente con frattura di femore	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	TRAUMA GOCSS	Relazione			
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/totale delle fratture da operare	> 70%	31/12/2021	Struttura firmataria, SICG	Report GoCSS			
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			
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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right and several smaller ones below it.

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

Il Direttore della struttura

Dott. Mauro Porra

Il Direttore di Dipartimento

Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

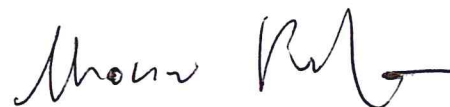
Il Coordinatore
della struttura

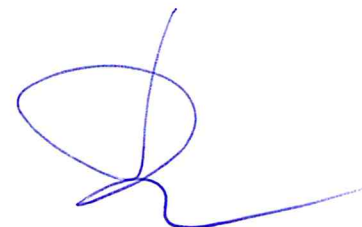
CPS INF Irene D'Urzo

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. Mauro Porta






DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi						
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) Interventi chirurgici ricollocati/Totale di interventi chirurgici in elezione*100 d) Definizione progetti abbattimento liste di attesa e) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) 90% d) Entro il 31/03/2021 e) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) Trimestrale d) 31/03/2021 e) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Report GoCSS d) Progetto e) 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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/01/2022 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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 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
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 compile/totale dei pazienti operati in elezione*100 2- n. Check-listi in sala operatoria compile/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			
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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	ONCO** GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO	Mail ONCO di invio alla DMPO delle modalità			

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 della programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	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) 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) 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

Il Direttore della struttura
Dott. Giorgio Monesi

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPS INF Michela Beretta

CPS INF Michela Beretta

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

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

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Vito Belloli						
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) Interventi chirurgici ricollocati/Totale di interventi chirurgici in elezione*100 d) Definizione progetti abbattimento liste di attesa e) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) 90% d) Entro il 31/03/2021 e) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) Trimestrale d) 31/03/2021 e) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Report GoCSS d) Progetto e) 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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/05/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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 perioperatori predisporre protocolli standardizzati	Almeno un protocollo per struttura	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE URO ORL CHIR TRAUMA RIA OCUCARDIO 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

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. Vito Belloli

Il Direttore di Dipartimento

Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale

Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

CPS INF Barbara Greto

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. Vincenzo Belloli

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		REFERENTE: Dott. Roberto Tari						
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 al Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO			
* 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
Garantire la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti - programmando le attività della SSD Gastroenterologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del colon retto in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016 - garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	1) Spazi dedicati per effettuazione screening, come da richiesta del Piano Annuale di Attività 2021 2) N° presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N° sedute programmate per GIC di patologia*100	1) Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano 2) > 90%	1) Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano 2) > 90%	1) ssd GASTRO, ss UVOS; s.c. Anatomia Patologica 2) Strutture GIC	1) Report GASTRO 2) Report s.c. Oncologia	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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/10/2021	31/12/2021	ONCO* GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO	Mail ONCO di invio alla DMPO delle modalità	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 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			

Handwritten signatures in blue ink.

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 Referente della struttura
Dott. Roberto Tari

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

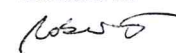
Il Coordinatore
della struttura

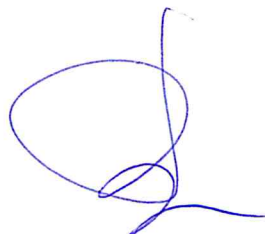
CPS INF Dr. Angelo Caponnetto

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 Referente della struttura
Dott. Roberto Tari



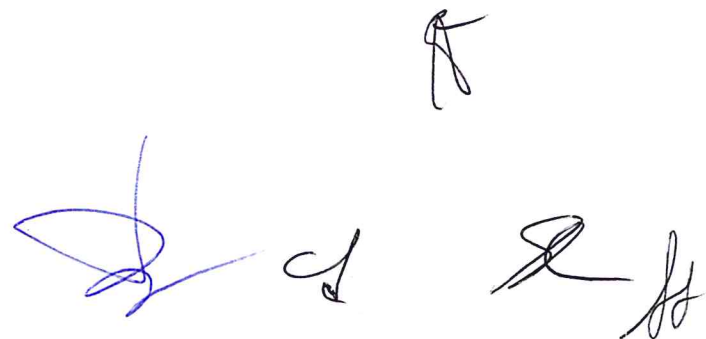




DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti 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			

Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it	20	3	3

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
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 implementare il processo di informatizzazione nella gestione della richiesta degli ausili e presidi, predisposizione di documento che ne indichi le modalità operative	Definizione istruzione operativa	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	RRF NPI FT	Istruzione operativa			



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 della programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione dell'alfabetizzazione informatica in ASL NO								
Al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica dei dipendenti dell'ASL NO, garantire la formazione sistematica di tutto il personale aziendale sull'utilizzo degli applicativi "LibreOffice Writer" e "LibreOffice Calc", previa valutazione del livello di conoscenza a priori di tali applicativi	1) N° dipendenti che hanno effettuato il pre-test/Totale dipendenti che devono effettuare il pre-test*100 2) N° dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test formati entro il periodo definito/Totale dipendenti della struttura che non hanno superato il pre-test e quindi da formare nel periodo, secondo la programmazione del s.s.d. GOCSS*100	1) 70% entro il 30/04/2021 2) 70% degli operatori della struttura formati nel periodo di riferimento nel rispetto della programmazione del s.s.d. GOCSS	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021; 31/08/2021; 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	13,3	24,5	24,5
PROGETTO: Miglioramento del sistema di ascolto degli utenti esterni ed interni								
Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, sviluppare un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Identificazione dello strumento di rilevazione e target 2) Raccolta dati nella settimana indice (24-30 maggio 2021) 3) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro il 31/10/2021	1) 30/04/2021 2) 30/06/2021 3) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Strumento 2) Report 3) Relazione	10	18,4	18,4
PROGETTO: Promozione della qualità e sicurezza delle cure in ASL								
Promuovere lo sviluppo e l'implementazione del sistema di qualità, gestione del rischio clinico e incident reporting consolidando la rete dei Referenti della Qualità e del Rischio clinico (RQR) e diffondendo la cultura della qualità della gestione del rischio in azienda attraverso la divulgazione delle principali procedure aziendali (incident reporting, inserimento neo-assunto, redazione di documenti in ASL NO, ecc)	1) RQR formato 2) N° operatori della struttura informati rispetto alle principali procedure aziendali/Totale operatori della struttura*100	1) Nei tempi previsti dalla s.s.d. GOCSS 2) 70%	1) 10/09/2021 2) 31/10/2021	Tutte le strutture	1) Report GOCSS 2) Report RQR e verbali delle riunioni effettuate	6,7	12,3	12,3

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

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Claudio Savoini

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

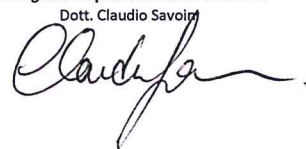
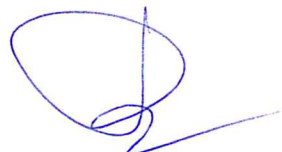
CPS Fisioterapista Somma Silvia

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 conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Partecipazione a incontri con RPC 2) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Almeno una partecipazione 2) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verbali incontri, report presenze 2) 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 Dirigente responsabile della struttura

Dott. Claudio Savoia



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria						
DIRETTORE: Dott. Vito Belloli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ruggero Guglielmetti						
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) Interventi chirurgici ricollocati/Totale di interventi chirurgici in elezione*100 d) Definizione progetti abbattimento liste di attesa e) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) 90% d) Entro il 31/03/2021 e) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) Trimestrale d) 31/03/2021 e) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Report GoCSS d) Progetto e) 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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimisioni dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 31/05/2021 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO			

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 OCUCARDIO NEFRO CPVE RADIO DMPO	Protocollo	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			
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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	ONCO** GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO	Mail ONCO di invio alla DMPO delle modalità	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 migliorare l'appropriatezza prescrittiva farmacologica, valutare l'attivazione di un ambulatorio di citologia nasale	Progetto di fattibilità	Presentato alla Direzione entro il 30/06/2021	30/06/2021	ORL	Progetto			

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

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

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Ruggero Guglielmetti

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Vito Belloli

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPS INF Franco Dragotta

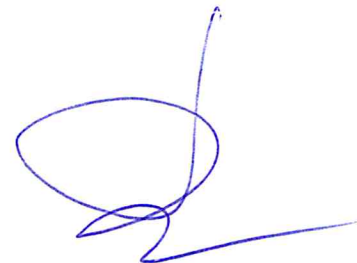
Frano Dragotta

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 Dirigente responsabile della struttura
Dott. Ruggero Guglielmetti




DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa						
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

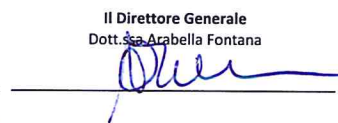
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink						
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			
Al fine di previnire le infezioni da COVID19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi, garantire l'effettuazione dei tamponi presso l'HOTSPOT pediatrico	N° di tamponi effettuati presso hotspot/totale dei soggetti che si sono presentati per l'effettuazione dei tamponi*100	100%	30/06/2021; 31/12/2021	SIMT-CPVE	Report			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimisioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/01/2022 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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
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
Introduzione schede di monitoraggio integrate medico- infermieristiche (Observation Chart) nei reparti di degenza per adulti, nei reparti di Ostetricia e nei reparti di Pediatria	N° schede adottate/N° schede adottabili*100	100%	31/12/2021	PED	Report DMPO (rilevazione su un campione di cartelle in un giorno indice)			
Implementazione della attività allergologica con introduzione della spirometria da sforzo nel bambino asmatico	1) Progetto di fattibilità 2) Avvio dell'attività	1) Presentato alla Direzione entro il 30/09/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/09/2021 2) 31/12/2021	PED ALLE	1) Progetto 2) Relazione PED			

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. Oscar Mis Hajtink

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

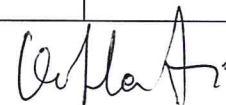
Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

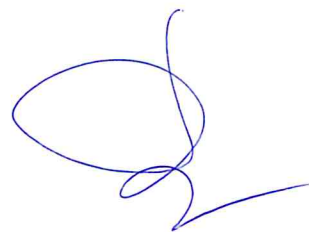
Il Coordinatore della struttura
CPSS INF Dr.ssa Simona Piralla

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. Oscar Nis Haitink






DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa						
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			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Avvio della refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	1) 31/01/2022 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2022 3) 28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) 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 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
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 compilato/totale dei pazienti operati in elezione*100 2- n. Check-listi in sala operatoria compilati/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			
Garantire la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti - programmando le attività della s.c. Ginecologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del tumore della cervice uterina in conformità alla DGR 27-3570 del 4/7/2016 - garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	1) Spazi dedicati per effettuazione screening, come da richiesta del Piano Annuale di Attività 2021 2) N° presenze del componente della struttura ai GIC di patologia/N° sedute programmate per GIC di patologia*100	1) Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano 2) > 90%	1) Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano 2) > 90%	1) GINE 2) Strutture GIC	1) Report 2) Report s.c. Oncologia			
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
Riorganizzare il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Ridefinizione delle modalità organizzative	Entro il 31/10/2021	31/12/2021	ONCO* GINE URO AP ORL CHIR RADIO GASTRO	Mail ONCO di invio alla DMPO delle modalità	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 DIPD DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione			
Al fine di garantire l'attività consultoriale e favorire l'integrazione ospedale-territorio nel percorso nascita, supportare s.s.d. Consultori nella propria attività	1) Definizione delle modalità operative e individuazione delle risorse per il supporto ai consultori 2) Avvio dell'attività	1) Entro il 30/04/2021 2) Dal 01/05/2021	31/12/2021	GINE CONS	Relazione			
Al fine di promuovere la sicurezza del paziente nell'ambito del percorso nascita, predisporre le modalità operative per la gestione della partoanalgesia presso il PO di Borgomanero	Documento predisposto secondo procedura aziendale	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	GINE RIA GOCSS CONS	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 della programmazione del RSPP	30/04/2021 30/06/2021 31/08/2021 31/10/2021	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	10	18,4	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. Giovanni Ruspa

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

CPS Ost Dr.ssa Roberta Pisani

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. Giovanni Ruga

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa	DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Renata Brigatti

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 tenuto conto anche del privato accreditato d) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) Entro il 30/04/2021 d) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) 30/04/2021 d) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Progetto d) Relazione	20	3	3
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - 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			
Migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione del tempo medio di erogazione delle prestazioni (in particolare dell'area riabilitativa)	Analisi organizzativa finalizzata ad ottimizzare le agende	Entro il 30/09/2021	31/12/2021	NPI	Report			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO			

Obiettivi Appropriately e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Garantire l'implementazione del sistema di redazione e aggiornamento dei percorsi/procedure aziendali, anche tenuto conto del processo di accreditamento ai sensi della DD della Regione Piemonte n. 725/2017	Revisione del PDTA del paziente autistico con AOU Maggiore della carità	Documento aggiornato, secondo il format aziendale, entro il 31/12/2021	31/12/2021	NPI PAN PAS SPS DISTRETTI	PDTA	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
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantitativi individuati, quantitativi inviati, quantitativi presi in carico, quantitativi inviati dallo psicologo ad altre strutture, quantitativi gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2021	ssd Psicologia, ss Consultori, DSM, s.c. NPI	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	10	2	2
Sviluppare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 mediante l'attuazione di nuovi modelli organizzativi aziendali tra cui televisita/teleconsulto	Predisposizione dello studio di fattibilità	Entro il 30/06/2021	30/06/2021	NPI, SICG	Studio di fattibilità			
Prosecuzione del processo di informatizzazione nella gestione della richiesta degli ausili e presidi	Definizione documento	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	RRF NPI FT	Documento			

AR

RB

B

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.

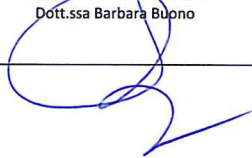
Il Direttore F.F. della struttura
Dott.ssa Renata Brigatti



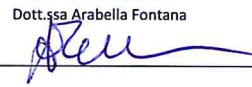
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspà



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



Il Coordinatore con Incarico
Organizzativo della struttura

CPS Fisioterapista Gabriella Carpanese



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 F.F. della struttura
Dott.ssa Renata Brigatti

Renata Brigatti

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s. Consultori						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti						
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 "temperi" b) N° appuntamenti ricollocati/N° appuntamenti sospesi c) Definizione progetti abbattimento liste di attesa d) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) Entro il 31/03/2021 d) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) 31/03/2021 d) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Progetto d) Relazione	20	3	3
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
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 la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti - programmando le attività della s.c. Ginecologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del tumore della cervice uterina in conformità alla DGR 27-3570 del 4 /7/2016 - garantendo la partecipazione ai GIC di competenza	Spazi dedicati per effettuazione screening, come da richiesta del Piano Annuale di Attività 2021	Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano	Spazi dedicati con continuità nell'intero arco dell'anno e con una numerosità tale da soddisfare le richieste previste dal Piano	CONS	Report			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
In attuazione al percorso regionale, dare applicazione - all'interno della ASL NO- del percorso per "L'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico peri e post natale e prevenzione della depressione post partum, rilevati in ambito consultoriale ed ospedaliero	Report di monitoraggio sull'andamento dei casi (quantità individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2020	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM	Report complessivo, predisposto dal referente aziendale per il progetto	10	2	2
Promozione della salute della donna con particolare riferimento alla prevenzione del danno perineale post partum	Attivazione corsi formativi per il recupero perineale per le neo mamme residenti nell'ASL NO	Almeno 4 corsi nel corso dell'anno di cui almeno 2 entro il 30.6.2021	1) 30/06/2021 2) 31/12/2021	SS Consultori	Relazione			
Al fine di garantire l'attività consultoriale e favorire l'integrazione ospedale-territorio nel percorso nascita, supportare s.s.d. Consultori nella propria attività	1) Definizione delle modalità operative e individuazione delle risorse per il supporto ai consultori 2) Avvio dell'attività	1) Entro il 30/04/2021 2) Dal 01/05/2021	31/12/2021	GINE CONS	Relazione			
Applicazione nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori (DGR 1/03/2019 N. 10-8475). Recepimento e primi indirizzi attuativi	Percorso definito	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	DSM-NPI- DPD Consultori, s.c. MECAU, SPS	Relazione			

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

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

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

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Giorgio Pretti

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Buspa

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

CPS Ost Dr.ssa Carmen Ceffa

Il Coordinatore della struttura

CPS Ost Dr.ssa Rita Pedroni

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

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

Il Dirigente responsabile della struttura
Dott. Giorgio Pretti