

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca						
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 Camisasca



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

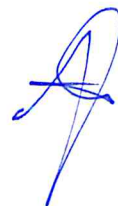


Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Camisasca						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	3	3
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2021/produzione 2021	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Applicazione delle disposizioni di sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)	N* tamponi processati/N* tamponi pervenuti*100	≥95%	31/12/2021	CPVE MECAU	Report CPVE			
Al fine di previnire le infezioni da COVID19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi, processare tempestivamente il numero minimo di tamponi per COVID19 come da standard regionale previsto	N° di tamponi processati/N° tamponi ricevuti *100	100%	30/06/2021	SIMT-CPVE	Report			
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
Gestire il processo di accreditamento specifico del SIMT di Borgomanero predisponendo tutta la documentazione utile a soddisfare quanto richiesto dagli specifici requisiti	Documentazione predisposta	Entro la data della visita di accreditamento	31/12/2021	SIMT-CPVE	Relazione	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			

Tamie Vellglio

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
Partecipare all'attivazione del Centro Regionale Sangue	Avvio gestione farmaci plasmaderivati in conto lavoro	Entro il 30/06/2021	30/06/2021	Struttura firmataria	Report SRC di conferma inizio attività	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			
Impiego dei nuovi strumenti point of care con tracciabilità del paziente e del dato e con la visualizzazione in remoto (monitoraggio delle terapie impostate durante le consulenze)	Predisposizione dello studio di fattibilità	Entro il 30/06/2021	30/06/2021	DIAB CPVE SICG	Studio di fattibilità			




Torino 15/06/2021




Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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. Giovanni Camisasca

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPS TSLB Ciro Lucini

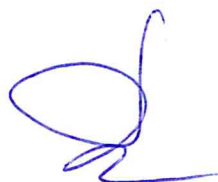
Il Coordinatore
della struttura

CPS TSLB Tania Valloggia

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. Giovanni Camisasca



DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI	STRUTTURA: s.c. Anatomia patologica
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca	DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Stefano Valentini

Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	3	3
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2021/produzione 2021	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Avvio della refertazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG			

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
Revisionare la Procedura per la gestione dell'attività di Citofluorimetria	Procedura per la gestione dell'attività di Citofluorimetria revisionata	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	AP	Procedura revisionata	20	3	3
Garantire la prevenzione delle patologie oncologiche e la presa in cura dei pazienti - programmando le attività della s.c. Anatomia patologica in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del tumore del collo dell'utero 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) RADIO UVOS AP 2) Strutture GIC	1) Report AP 2) Report s.c. Oncologia			
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
Partecipare alla riorganizzazione del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	Partecipare alla 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			

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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. Stefano Valentini

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

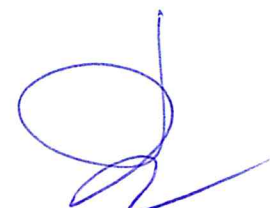
Il Coordinatore
della struttura
CPS TSLB Chiara Bovio

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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) 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

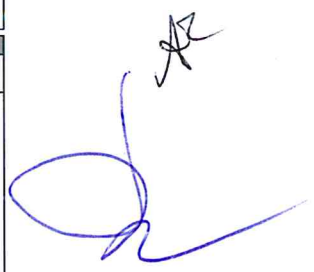

Il Direttore F.F. della struttura
Dott. Stefano Valentini







DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Loredana Franchini						
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
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi 2021/produzione 2021	5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Cmpletamento della refertazione con firma digitale	Secondo le tempistiche e le modalità definite dalla s.c. SICG	28/02/2022	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG			
Obiettivi Appropriatozza 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 s.c. Radiologia in modo da realizzare la piena implementazione del programma di screening del tumore alla mammella 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) RADIO, UVOS; Anatomia Patologica 2) Strutture GIC	1) Report RADIO 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
Dare attuazione alla DGR n 16-2317 del 20/11/2020 "Aggiornamento Linee di indirizzo per l'organizzazione della "Rete tempo dipendente regionale ictus" al fine di fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo ed attuare una efficiente integrazione ospedale-territorio	Revisione delle modalità operative della gestione dell'ictus	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	MECAU RIA NEURO RADIO	Documento che descriva le modalità operative	10	2	2
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione			
Partecipare alla riorganizzazione del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Aziendale al fine di migliorare la gestione organizzativa	N° slot agende a disposizione del CAS/totale slot richiesti dal CAS * 100	almeno 80%	31/12/2021	ONCO* RADIO	Report s.c. Oncologia			

Progetti aziendali e obiettivi infrannuali								
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 Loredana Franchini

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPS TSRM Dott.ssa Barbara Foschetti

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 F.F. della struttura
Dott.ssa Loredana Franchini

Loredana Franchini

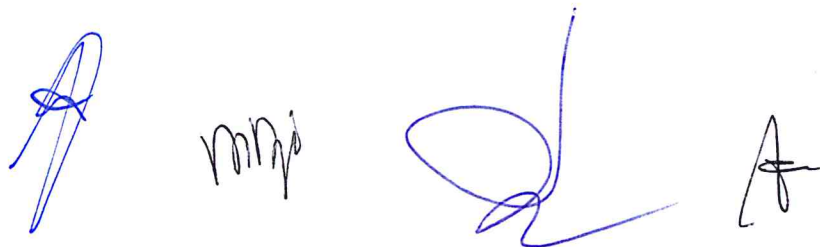
[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Mariangela Dairaghi						
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
Indicazione in fase di liquidazione della tempistica di pagamento	N° segnalazioni del SEF per errori effettuati dal centro ordinatore /mese	Valore medio tempistica liquidazione minore o uguale a 15 giorni	31/12/2021	Struttura firmataria, SEF	Report SEF	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			
Garantire il monitoraggio regionale relativamente ai tamponi rinofaringei per la ricerca del COVID-19 e di Ossigeno terapia	Monitoraggio garantito	Secondo le richieste regionali	31/12/2021	FO FT RSPP	Report			
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2021 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per farmaci J01 e le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti	1) N° incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica; 2) N° report per prescrittori (MMG/PLS)	1) Almeno un incontro a trimestre 2) Almeno un report a trimestre	1) 31/03/2021 2) 30/06/2021 3) 30/09/2021 4) 31/12/2021	Struttura firmataria, Distretti	Verbale incontro del trimestre			
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
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco e dei dispositivi medici mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna e dalla Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Semestrale	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione	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 prevenire l'infezione da COVID-19, garantire la vaccinazione anti-covid ai diversi target di popolazione, attraverso: - il supporto dell'equipe vaccinali nel garantire il numero di vaccinazioni anti COVID19 previste per i diversi target della popolazione; - il monitoraggio quotidiano delle dosi di vaccino effettuate/disponibili; - avvio della sperimentazione e gestione delle monodosi di vaccino per gli utenti da vaccinare a domicilio	1) N° dosi dispensate alle equipe vaccinali/Totale dosi richieste dalla equipe in base alla programmazione giornaliera*100 2) Carico/scarico vaccini 3) N° monodose vaccinale predisposte per la gestione degli utenti da gestire a domicilio/Totale monodosi da predisporre secondo programmazione quotidiana*100	1) 100% 2) Carico/scarico effettuato quotidianamente 3) 100%	30/06/2021 31/12/2021	FO FT SISP Distretti	1,3) Report; 2) Relazione	10	2	2
Prosecuzione del processo di informatizzazione nella gestione della richiesta degli ausili e presidi	Definizione istruzione operativa	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	RRF NPI FT	Istruzione operativa			

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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.

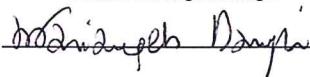
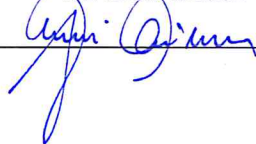
(**) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

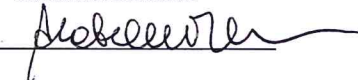
Il Direttore F.F. della struttura
Dott.ssa Mariangela Dairaghi

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



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

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

Mariangela Dairaghi

[Signature]

Mariangela

[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Cristina Rossi						
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
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ai sensi obiettivo 5.2-2 DGR n. 26-6421 del 26-01-2018	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi) con un CIG per lotto	Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2021 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC	Semestrale	FO - STP	Report	20	3	3
	Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte)	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2021 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"	Semestrale	FO - STP	Report			
* 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			
Garantire il monitoraggio regionale relativamente ai tamponi rinofaringei per la ricerca del COVID-19 e dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)	Monitoraggio garantito	Secondo le richieste regionali	31/12/2021	FO FT RSPP	Report			
Promuovere l'adeguamento dei flussi informativi relativi al file F prevedendo la compilazione del campo relativo alla diagnosi per le tipologie per le quali viene effettuata la distribuzione diretta e compilazione del File F	Verifica a campione della corretta compilazione per tutte le strutture formate	Effettuata entro il 31/12/2021	31/12/2021	Strutture interessate nella compilazione; FO	Relazione FO			
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
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del farmaco e dei dispositivi medici mediante gli interventi programmati dalla Commissione Farmaceutica Interna e dalla Commissione del prontuario Terapeutico aziendale	Attuare le azioni previste nel programma della CFI e del PTA	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	Semestrale	Strutture afferenti alla CFI e al PTA	Relazione	20	3	3
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			

Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di prevenire l'infezione da COVID-19, garantire la vaccinazione anti-covid ai diversi target di popolazione, attraverso: - il supporto dell'equipe vaccinali nel garantire il numero di vaccinazioni anti COVID19 previste per i diversi target della popolazione; - il monitoraggio quotidiano delle dosi di vaccino effettuate/disponibili; - avvio della sperimentazione e gestione delle monodosi di vaccino per gli utenti da vaccinare a domicilio	1) N° dosi dispensate alle equipe vaccinali/Totale dosi richieste dalla equipe in base alla programmazione giornaliera*100 2) Carico/scarico vaccini 3) N° monodose vaccinale predisposte per la gestione degli utenti da gestire a domicilio/Totale monodosi da predisporre secondo programmazione quotidiana* 100	1) 100% 2) Carico/scarico effettuato quotidianamente 3) 100%	30/06/2021 31/12/2021	s.c. Farmacia Ospedaliera; s.c. SISP; ss.cc. Distretti	1,3) Report; 2) Relazione			

GR

2

SK

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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.

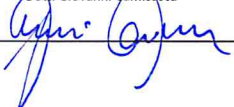
Il Direttore F.F. della struttura
Dott.ssa Cristina Rossi


Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

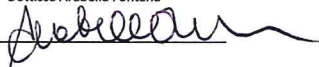
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana









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

Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) Assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico; 1b) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno precedente 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione e caricata sul Cruscotto ASL NO entro 30 giorni dalla data di assegnazione degli obiettivi alla struttura; 1b) Rendicontazione obiettivi dell'anno precedente inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31 agosto dell'anno in corso 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni della s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	1a) Lettera di assegnazione obiettivi 1b) Lettera di rendicontazione di raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente 2) Report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: Raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: Attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	1) Risultato della verifica annuale 2) Partecipazione a incontri con RPC 3) Relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale	1) Entro il range superiore di riferimento definito dalla contrattazione integrativa aziendale 2) Almeno una partecipazione 3) Entro 31 dicembre dell'anno in corso	1) Verballi OIV 2) Verballi 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) Verballi
	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 F.F. della struttura
Dott.ssa Cristina Rossi

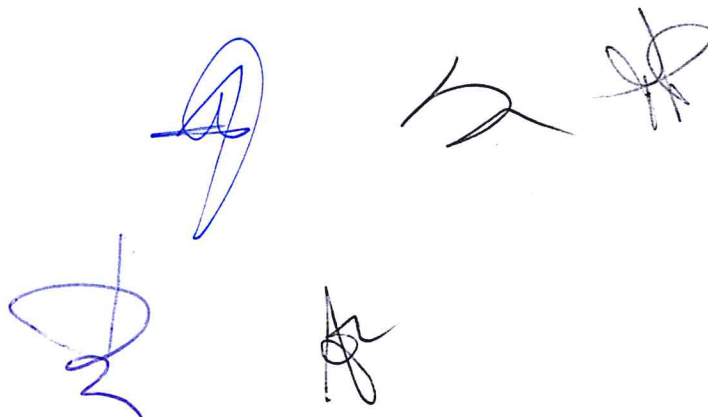
Cristina Rossi

[Signature]

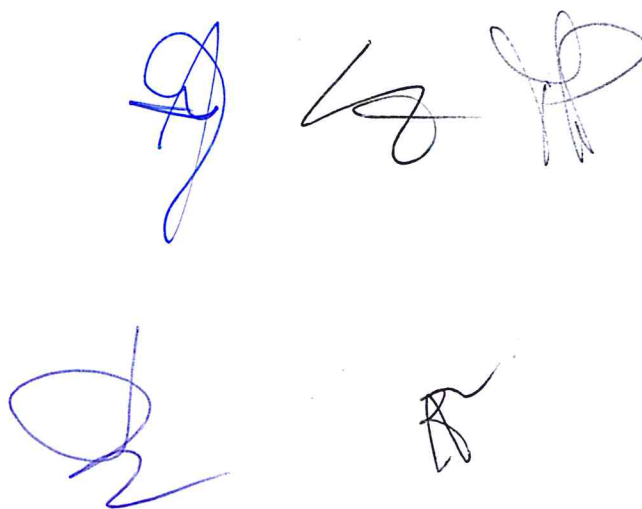
[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Renato Cantone						
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			
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° prescizioni 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 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 prevenire l'infezione da COVID 19, promuovere l'attività vaccinale con particolare attenzione ai soggetti allergici	N° sedute vaccinali per pazienti allergici effettuate/N° di sedute vaccinali programmate * 100	100%	30/06/2021	ALLE FO FMC SISP DISTRETTI	Report	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



Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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. Renato Cantone

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

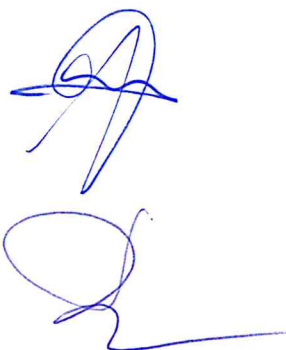
CPSS INF Merinella Platini

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) $\geq 70\%$ 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. Renato Cantone



DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia						
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Ponziani						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 mediante: - l'attuazione di nuovi modelli organizzativi aziendali in cui re-indirizzare i processi produttivi (rete di servizi integrati per PDTA; medicina di iniziativa presso le Case della salute coordinata con specialisti ospedalieri e ambulatoriali; televisita/teleconsulto; accessi specialistici in loco presso strutture residenziali per contenere accessi all'Ospedale o al Presidio Territoriale); - la riattivazione progressiva delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19; - l'attuazione di progetti finalizzati per abbattimento liste d'attesa in base alle risorse vincolate disponibili (Balduzzi) o che saranno assegnate	a) Verifica ed eventuale revisione dei "tempari" b) N° appuntamenti ricollocati/N° appuntamenti sospesi c) Definizione progetti abbattimento liste di attesa d) Attuazione progetti	a) Revisione effettuata entro il 30/04/2021 b) 90% c) Entro il 31/03/2021 d) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 30/04/2021 b) Trimestrale c) 31/03/2021 d) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Tempari b) Report GoCSS c) Progetto d) Relazione	20	3	3
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione medici	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento 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 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
Impiego dei nuovi strumenti point of care con tracciabilità del paziente e del dato e con la visualizzazione in remoto (monitoraggio delle terapie impostate durante le consulenze)	Predisposizione dello studio di fattibilità	Entro il 30/06/2021	30/06/2021	DIAB CPVE	Studio di fattibilità			

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
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.ssa Chantal Ponziani

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura
CPSS INF, Marinella Platini

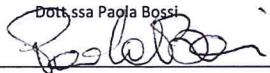
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 revocche 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.ssa Chantal Ponziani

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi						
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.ssa Paola Bossi



Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono



Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord						
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	3	3
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento 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			
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Dare continuità strutturale e sostanziale al progetto di psicoeducazione	1) Calendario incontri 2) N° dei pazienti reclutati/N° pazienti gestiti *100	1) Entro il 30/04/2021 2) 60%	31/12/2021	DSM, SPS	Relazione	20	3	3
Promuovere l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci antipsicotici atipici off label, attraverso la redazione di protocolli validati dalla Commissione Farmaceutica Interaziendale (CFI) evidence based	1) revisione della letteratura e analisi degli usi off label degli antipsicotici atipici nei Disturbi del Comportamento Alimentare; 2) definizione protocolli validati da CFI	1) Entro il 30/09/2021; 2) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	PAS PAN	Protocolli con bibliografia di riferimento			
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 e uniformare la attività dei centri diurni e CSM del DSM	Analisi organizzativa	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	PAS PAN	Relazione	10	2	2
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 (quantì individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2021	ssd Psicologia, ss Consultori, DSM, s.c. NPI	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM			

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. Giorgio Castignoli

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bossi

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

CPS INF Dr.ssa Mariagela Fumagalli

Il Coordinatore della struttura

CPS INF Franca Rattazzi

2

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 revocche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Direttore della struttura
Dott. Giorgio Castignoli

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud						
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	3	3
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento 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			
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Promuovere l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci antipsicotici atipici off label, attraverso la redazione di protocolli validati dalla Commissione Farmaceutica Interaziendale (CFI) evidence based	1) revisione della letteratura e analisi degli usi off label degli antipsicotici atipici nei Disturbi del Comportamento Alimentare; 2) definizione protocolli validati da CFI	1) Entro il 30/09/2021; 2) Entro il 31/12/2021	31/12/2021	PAS PAN	Protocolli con bibliografia di riferimento	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
Riorganizzare e uniformare la attività dei centri diurni e CSM del DSM	Analisi organizzativa	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	PAS PAN	Relazione	10	2	2
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 (quantanti individuati, quanti inviati, quanti presi in carico, quanti inviati dallo psicologo ad altre strutture, quanti gestiti dal DSM)	Report semestrale	31/12/2021	ssd Psicologia, ss Consultori, DSM, s.c. NPI	GINE, SPS, CONS, NPI, DSM			

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

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Dott.ssa Paola Bossi

Dott.ssa Paola Bossi

Dott.ssa Barbara Buono

Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

Il Coordinatore della struttura

CPS Ed. Prof. Anna Audone

CPS INF Paola Pizzi

CPS TRPsch Liliana Vassallo

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

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

Il Direttore della struttura

Dott.ssa Paola Rossi







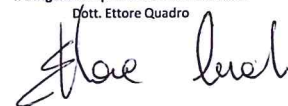
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero						
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ettore Quadro						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione	20	3	3
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			
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2021	31/12/2021	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Dare continuità strutturale e sostanziale al progetto di psicoeducazione	1) Calendario incontri 2) N° dei pazienti reclutati/N° pazienti gestiti *100	1) Entro il 30/04/2021 2) 60% entro il 31/12/2021	31/12/2021	DSM, SPS	Relazione	20	3	3
Tenuto conto della situazione epidemiologica legata all'infezione COVID19, revisionare le modalità operative per la gestione dei pazienti psichiatrici nei diversi setting assistenziali	Revisione/Redazione di almeno un documento	Entro il 31/12/2021	31/12/2021	PAS PAN SPDC	Documento che descriva le modalità operative			
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO 2021 ove previsto	Azioni previste per il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza attuate	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Al fine di promuovere la digitalizzazione dei documenti clinici nel presidio ospedaliero, individuare con la s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione il percorso di sviluppo del Sistema informativo ai fini dell'adozione della cartella clinica elettronica ambulatoriale e di degenza	1) Predisposizione di un gruppo di lavoro 2) Redazione progetto e cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro il 31/12/2021	1) 30/04/2021 2) 31/12/2021	SICG** DEA DIPC DADES GOCSS PED GINE DMPO SPDC	1) Componenti del gruppo di lavoro individuati dalla s.c. SICG 2) Relazione	10	2	2
Al fine di promuovere l'appropriatezza di setting assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale tenendo conto della necessità di identificare percorsi COVID+/COVID-	Aggiornare i percorsi e la logistica per pazienti COVID positivi/COVID negativi (con rappresentazione mediante planimetrie)	Entro il 30/06/2021	31/12/2021	DSM	Planimetria			

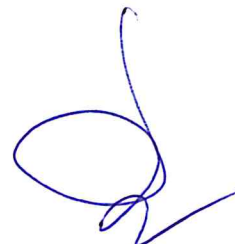
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO GESTIONALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSVDip AI SENSI DELL'ART. 27, comma 1.1, CCNL 03/11/05

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 revocche credenziali 2) Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	1) Rispetto del GDPR 2) Almeno bimestrale in relazione alle azioni della struttura	1) Report esito verifica credenziali 2) Report riepilogativo utilizzo

Il Dirigente responsabile della struttura

Dott. Ettore Quadro




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. Ettore Quadri

Il Direttore di Dipartimento
Dott.ssa Paola Bassi

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura
CPSS INF Sergio Spontino

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE						
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata						
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
Monitoraggio dell'uso delle risorse stanziate, con Delibere di Giunta Regionale/indicazioni assessorili, ed utilizzate dalle Strutture afferenti al D.P.D. interaziendale (AASSLL NO, BI, VC, VCO per l'attuazione/consolidamento del P.L.D., per le Sperimentazioni, per gli Accordi Contrattuali (Residenzialità) e per l'Extra Accordo (ove vigenti).	Rilevazione dati sull'impegno di risorse assegnate alle Strutture dalle AASSLL NO, BI, VC, VCO afferenti al D.P.D., per residenzialità/semiresidenzialità nell'ambito delle dipendenze e per lo svolgimento delle attività/azioni previste nel P.L.D.	Rilevazione annuale (Rilevata entro la fine del mese successivo all'anno di riferimento o comunque in base alle scadenze imposte dall'OED Piemonte)	28/02/2022	Strutture operative afferenti al D.P.D	Scheda di monitoraggio (su modello fornito da OED Piemonte).	30
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dir
Favorire la sperimentazione del nuovo modello di SiMiVaP presso l'ASL NO promuovendo la realizzazione dei progetti obiettivo entro la tempistica definita	% 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. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerD						
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Liborio Martino Cammarata						
Obiettivi Economici e Attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2022	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20	3	3
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) Definizione progetti abbattimento liste di attesa b) Attuazione progetti	a) Entro il 31/06/2021 b) Secondo la tempistica definita nel progetto	a) 31/06/2021 b) 31/12/2021	Struttura firmataria	a) Progetto b) Relazione			
* Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID 19 secondo quanto previsto: - nel Piano Pandemico aziendale secondo l'andamento epidemiologico e fino al superamento delle criticità correlate alla infezione da COVID 19 - nel Piano vaccinale aziendale	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate 2) Azioni del Piano vaccinale aziendale effettuate	1) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano pandemico 2) Azioni previste dal Piano Pandemico aziendale effettuate secondo tempi e modi previsti dal piano vaccinale	31/12/2021	Tutte le strutture aziendali	Relazione			
Mantenere stabile il numero di utenti che afferiscono alla s.c. Ser.T	N. utenti in carico alla s.c. Ser.T. anno 2021 vs anno 2020	Mantenimento standard anno 2020 ± 10%	28/02/2022	DPD	Report			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2022	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS	20	20	3
Partecipare al processo di accreditamento attraverso l'attuazione del Programma di accreditamento predisposto dalla s.s.d. GOCSS ed in particolare: 1) Verificare che la parte di carta dei servizi di propria competenza sia a disposizione degli utenti, nel luogo identificato 2) Effettuare la raccolta degli indicatori relativi alle procedure implementate nella propria struttura	1) Verifica effettuata e comunicazione a tutti gli operatori della struttura 2) Predisposizione report con apposito format aziendale	1) Entro il 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	1) 30/04/2021 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione del Direttore/Coordinatore della struttura 2) Report inviato a qualita@asl.novara.it			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza	Peso Comp San	Peso Comp TA
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	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. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore di Dipartimento
Dott. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Generale
Dott.ssa Arabella Fontana

Il Coordinatore
della struttura

CPSS INF AFD Gigliola Rozzati

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. Liborio Martino Cammarata