



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 925 del 23/12/2022

Oggetto: PRESA D'ATTO DELLE SCHEDE RELATIVE AGLI OBIETTIVI 2022 ASSEGNATI – NEL CORSO DEL PRIMO SEMESTRE 2022 - AI DIRETTORI/RESPONSABILI: DI DIPARTIMENTO - DI STRUTTURA COMPLESSA - DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE - DI STRUTTURA SEMPLICE IN STAFF – DI STRUTTURA SEMPLICE AMMINISTRATIVA – DI FUNZIONE.

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Primatesta Giuseppina

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funziionario: Primatesta Giuseppina

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore sostituto SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017, modificato con delibera n. 65 del 28.1.2020.

PREMESSO CHE:

- la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 42 - 1921 del 27.7.2015, nel modificare ed integrare i principi e criteri di organizzazione di cui alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 e s.m.i. secondo le previsioni dell'All. A, ha approvato i principi ed i criteri per l'organizzazione delle aziende sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, co.1, lett. b), Patto per la Salute 2010/12.
- questa azienda, in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015, dalla D.D. n. 99 del 14.2.2013, dalla nota prot. n. 15269/A14000 del 4.8.2015 e dalla normativa regionale e nazionale in materia, dopo lo svolgimento del relativo iter, con deliberazione n. 429 del 12.11.2015, ha adottato un nuovo atto aziendale, recepito dalla Regione con D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015. Tale atto è stato più volte modificato, con apposite deliberazioni, tutte recepite dalla Regione Piemonte. Il vigente atto aziendale è stato adottato con deliberazione n. 602 del 18.8.2022 e recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 12-6169 del 7.12.2022.

RICHIAMATA: la deliberazione n. 1056 del 31.12.2021 con la quale è stato adottato il bilancio economico preventivo annuale per l'anno 2022.

TENUTO CONTO CHE con deliberazione n. 225 del 30.3.2022 è stato adottato il Piano annuale della Performance (P.A.P.) per l'anno 2022, documento che ha definito gli obiettivi strategici che l'Azienda si pone che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (ovvero con i Direttori di Dipartimento, con i Direttori delle Sos Dipartimentali, con Direttori/Responsabili delle Strutture complesse, delle Sos in staff, delle Sos amministrative, delle funzioni).

RILEVATO CHE il Piano annuale della Performance, anche per l'anno 2022:

- è integrato con le azioni contenute nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-24" (aggiornamento 2022), adottato con deliberazione n. 324 del 30.4.2022;
- ed ha definito gli obiettivi in maniera integrata con il processo di programmazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

PRESO ATTO CHE con deliberazione n. 506 del 30.6.2022 è stato approvato il Piano integrato di attività ed organizzazione (P.I.A.O.) per l'anno 2022 che, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente, ricomprende, tra gli altri, anche il Piano delle Performance ed il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza. Di fatto, avendo già approvato sia il Piano delle Performance per l'anno 2022 (con atto n. 225/2022) sia il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza (con atto n. 324/2022) nel P.I.A.O. si è fatto rinvio ad entrambi gli atti deliberativi.

DATO ATTO CHE: in fase di definizione della scheda obiettivi 2022 la Direzione Generale ha ritenuto, analogamente all'anno 2021, di prevedere una scheda obiettivi articolata nelle seguenti sezioni: obiettivi regionali – azioni strategiche aziendali – governo clinico/qualità/appropriatezza e rischio clinico – salute e sicurezza lavoro – prevenzione corruzione/trasparenza - privacy.

RICHIAMATO il verbale del Collegio di Direzione n. 1 del 6.6.2022 (a seguito del nuovo insediamento del Collegio) dal quale emerge che la scheda obiettivi è stata proposta e condivisa dal Direttore Generale precisando che, nell'ambito della scheda, in analogia agli anni precedenti, si è inserita una sezione riguardante gli obiettivi che la Regione, ogni anno, declina ai Direttori Generali seppure, nel momento della sottoscrizione della scheda, gli stessi non erano ancora stati assegnati.

RILEVATO che, con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022, la Regione ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2022 e che gli stessi sono stati declinati ai Direttori/Responsabili delle diverse strutture aziendali tenuto conto dell'afferenza.

CONSIDERATO CHE per i Direttori di Struttura che svolgono il ruolo di Direttori di Dipartimento la scheda assume anche una valenza dipartimentale, assegnando un peso maggiore alla sezione "obiettivi regionali".

PRESO ATTO delle schede obiettivi allegate alla presente deliberazione (All 1) e delle schede riferite alla qualità (All. 2) quali parti integranti e sostanziali rilevando che le eventuali osservazioni presentate dai Direttori/Responsabili di Struttura sono depositate presso la segreteria OIV.

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502/1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERA

- 1)** Di prendere atto, tenuto conto delle premesse sopra evidenziate ed in applicazione a quanto disposto dalla normativa in materia di accreditamento istituzionale, delle schede, allegate al presente atto quali parti integranti e sostanziali (All. 1) e All. 2 (riferite all'ambito qualità), riguardanti gli obiettivi anno 2022 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori/Responsabili: di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura Semplice in staff, di Struttura Semplice Amministrativa, di Funzione.
- 2)** Di rilevare che la scheda obiettivi ricomprende una sezione dedicata agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale e che, al momento della sottoscrizione della scheda, tali obiettivi non erano ancora stati attribuiti. Solo dopo che la Regione, con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022, ha attribuito tali obiettivi il Direttore Generale li ha declinati ai Direttori/Responsabili delle strutture coinvolte.
- 3)** Di rilevare che per i Direttori di Struttura che svolgono il ruolo di Direttori di Dipartimento la scheda svolge anche una valenza dipartimentale.
- 4)** Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile.

SCHEMA SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022: SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE E DIPARTIMENTALI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit a controllo	Pos
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3	Governore clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	2d. Effettuazione della visita anestesiológica in paziente con frattura di femore	Tempo effettuazione visita: entro 8 ore da ingresso in PS	95%	CG	Annuale	7
		Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	

Direttore Soc Anestesia e Rianimazione
Direttore Dipartimento Patologie Chirurgiche
Dr. Carlo Maestroni

Direttore Generale
Dr. SSA Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD ATTIVITA' CONSULTORIALE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1b - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestivit� regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
		2b. Progetto telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	>2021	ss Organi Coll/CS	Annuale	
3	Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Direttore Sosd Attivit� Consultoriale Dr.ssa Laura Minioni	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC CARDIOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
	2d. Progetto Telemedicina: Individuazione di almeno 1 prestazione in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	Almeno 1	ICT	Annuale	
	2e Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicità	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	5
		Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	

Direttore Soc Cardiologia

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
 U.O.A. CARDIOLOGIA
 Direttore Dott. Alessandro LUPI

Direttore Generale
 Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC CHIRURGIA VERBANIA

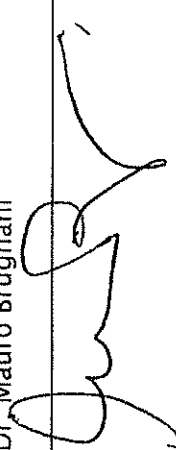
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b – Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
	1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
Direttore Soc Chirurgia Verbania Dr. Sandro Zonta		Direttore Generale Drsa Chiara Serpieri				

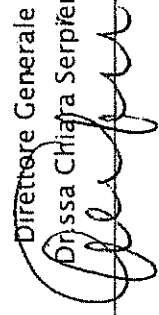
SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC CHIRURGIA DOMODOSSOLA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b – Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
	1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	
Direttore Soc Chirurgia Domodossola Dr. Sandro Zonta		Direttore Generale Drs.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOSD DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b – Attivit� produttiva ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
	2b. Recupero liste attese: rinvio a Piano Straordinario	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	

Direttore SoS Dietologia e Nutrizione Clinica
 Dr. Mauro Brugnani


Direttore Generale
 Dr.ssa Chiara Serpieri


SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC DIPSA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza.	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
	2b.Collaborazione alla messa in atto di azioni volte al recupero delle liste di attesa.	Relazione	31.12.22	DSA	Annuale	
	2c.Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	2d. Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�.	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla <u>scheda di dettaglio</u>)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%		Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestre	
			100%		Annuale	
Direttore Soc Dipsa Dr. Marcello Senesirano		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpi�ri				

SCHEDA OBIETTIVI/ANNO 2022 - SOC DISTRETTO

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza.	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	5
	2b Progetto Telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina (cure palliative)	Prestazioni in telemedicina	>2021	ICT	Annuale	5
	2c. Gestione operativa P.N.R.R. e rendicontazione sulla piattaforma Regis per la parte di competenza	Messa in atto azioni	100%	CEF	Annuale	10
	2d. Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�.	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	5
	2e.Partecipazione campagna di screening delle infezioni da virus epatite C (HCV)	Messa in atto azioni	100%	Sisp	Annuale	5
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	

Direttore Soc Distretto VCO

Dr. Paolo Borgotti

Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpi ri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC DSO

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a Supporto alle strutture sanitarie relativamente alla rendicontazione della produzione di ricovero e specialistica al fine di garantire il rispetto del tempistica regionale e la correttezza del dato. 2b Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19 2c Collaborazione alla messa in atto di azioni volte al recupero delle liste di attesa 2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Supporto/Reportistica	Relazione almeno semestrale	CG	Semestre	30
		Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Relazione	31.12.22	DSA	Annuale	
		Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	
		Monitoraggio	100%	CG	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestre	
		Conclusione corso	100%		Annuale	
Direttore Soc DSO Dr.ssa Orietta Ossola		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1c – Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>19	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
		2b Progetto Telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	>201	ICT	Annuale	
		2c Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
		2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione. PPSI	Annuale	
3	Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestral e		Semestre	
			Conclusione corso	100%		Annuale	
Direttore Sosd Endocrinologia e Diabetologia Dr. Giuseppe Placentino			Direttore Generale Drs.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - Sosd ENDOSCOPIA APPARATO DIGERENTE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1c - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>19	CG	Semestre	
	2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre
2c Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario		% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestral e 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
Direttore Sosd Endoscopia Apparato Digerente Dr. Giuseppe Facciotto		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC FARMACIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll./CS	Semestre	30
	2b Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll./CS	Annuale	
	2c Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% Semestrale 100%	ss Organi Coll./CS	Annuale Semestre Annuale	

Direttore ff Soc Farmacia

Dr.ssa Anna Pingitore

Anna Pingitore

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - Sosd GERIATRIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022. 1c - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Progetto Telemedicina incremento prestazioni gestite in telemedicina 2c Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario 2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate Prestazioni in telemedicina % di recupero al 31.12.2022	2022>19 < 2% >2021 >2019	CG CG ss Organi Coll/CS CG	Semestre Semestre Annuale Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100% 100%	GC.Q.A.R C GC.Q.A.R C	Semestre Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 sm) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazione	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestral e 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Responsabile ff Sosd Geriatria

Dr.ssa Loredana Seccia

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC LABORATORIO ANALISI E DIPARTIMENTALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022. 1b - Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Partecipazione campagna di screening delle infezioni da virus epatite C (HCV)	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatazza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	8
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza/ Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	5
		Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
		Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	
		Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale		Semestre	
		Conclusione corso	100%		Annuale	

Direttore Soc Laboratorio Analisi
Direttore Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto
Dr. Nino Cappuccia

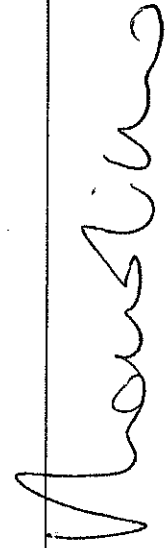

Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestivit� regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso	100%		Annuale	

Direttore Soc Malattie Infettive e Tropicali
Dr. Vincenzo Mondino

Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD MEDICINA LEGALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore ff Sosd Medicina Legale

Dr. Attilio Rigotti

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

REGIONE PIEMONTE ASL VCO
S.C. MEDICINA LEGALE
DIRIGENTE MEDICO
Dott. Attilio RIGOTTI

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC MEDICINA INTERNA VERBANIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022 > 2019	CG	Semestre	
		2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
		2d. Progetto Telemedicina: Individuazione di almeno 1 prestazione in telemedicina	Prestazione in telemedicina	Almeno 1	ICT	Annuale	
3	Governare clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	2e. Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	7
		Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/SS Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
		5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	
5	Prevenzione corruzione/trasparenza	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi	Annuale	5
		Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso	100%	Coll/CS	Annuale	

IN ACCORDO CON LA MEMORIA VERBANIA
NOTA
(VERBA RETRO)

Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpieri

0001779

1

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022: SOC MCU E DIPARTIMENTALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	30
	2b. Permanenza in PS dei pazienti con frattura di femore	Permanenza < 4 ore	>80%	CG	Annuale	
	2c. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19	Tempistica e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a. Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b. Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a. Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b. Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	

Direttore Soc MCU
 Direttore Dipartimento Patologie Mediche
 Dr. Paolo Gramatica

Direttore Generale
 Dr.ssa Chiara Sardi

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC NEUROLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b – Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
	2d Progetto telemedicina: Individuazione di almeno 1 prestazione in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	Almeno 1	ICT	Annuale	
	2e Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	

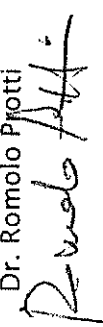
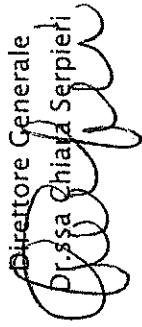
Direttore Soc Neurologia
Dr.ssa Patrizia Julita

Julita Sotgiu

Direttore Generale,
Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2021 - SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE						
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2021. Con DGR n. 8-2814/21 ha assegnato gli obiettivi per il 1° semestre 2021. La Regione definirà, successivamente, gli obiettivi per il 2° semestre 2021.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestrale	30
2 Azioni strategiche aziendali	Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi.	% Prestazioni specialistica inviate in ritardo e/o errate	Target (al dicembre 2021) massimo di errore di errore 2%	Controllo di Gestione	Mensile	25
3 Governo clinic/Qualità/ Appropriatazza Rischio clinico	Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19 e per la ripresa dell'attività ordinaria. Si rinvia a quanto richiesto per ciascun adempimento di competenza.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	Organi Coll/C/CS	Semestrale	25
4 Salute e sicurezza lavoro	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico.	Rispetto requisiti/azioni miglioramento come da Programma Aziendale di Miglioramento e Progr. Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.RC	Semestrale	10
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza/privacy	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2021 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in materia di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.21	ss PP/ ss Tecnico	Semestrale	5
	4b Partecipazione a corsi obbligatori fad in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs n. 81/2008 e smi) anche da parte dei propri collaboratori.	Partecipazione corsi	100%	ss Formazione		
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza/privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasp. (P.T.P.C.T) 2021/23 (Atto 309/21)	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestrale	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Dichiarazione semestrale di assolvimento obbligo.	Nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati	100%	ss Organi Coll/C/CS	Semestrale	
Direttore Soc Neuropsichiatria Infantile Dr.ssa Stefania Vozza <i>Stefania Vozza</i>		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri <i>Chiara Serpieri</i>				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC OCULISTICA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c - Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
Direttore Soc Oculistica Dr. Romolo Protti 		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri 				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC ONCOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022. 1b – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestivit� regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	2022>2019 < 2% < 2% Entro 7 gg da dimissione	CG CG CG CG	Semestre Semestre Mensile Mensile	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 s.m.i) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Soc Oncologia
Dr. Mario Franchini

Direttore Generale

Dr.ssa Ghisla Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC ORL

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c - Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempesticit� regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	G.C.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
Direttore Soc ORL Dr. Ruggero Guglielmetti		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA

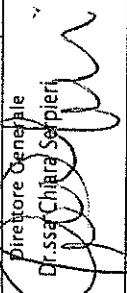

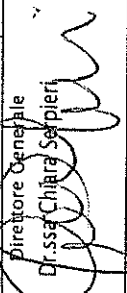
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b – Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
	2d. Effettuazione interventi di frattura di femore entro 48 ore dal ricovero o dall'ingresso in PS	N° ricoveri frattura femore operati entro 48 ore / N° ricoveri con diagnosi ff	Tasso Aggiustato. >70%	CG	Annuale	
	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
4 Salute e sicurezza sul lavoro	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	

Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia

Dr. Andrea Reggiori

Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022. 1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	Rinvio indicatori regionali	Report Regione	Semestre	
		1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	% di recupero al 31.12.22	CG	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente 2d. Effettuazione interventi di frattura di femore entro 48 ore dal ricovero o dall'ingresso in PS	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO N° ricoveri frattura femore operati entro 48 ore / N° ricoveri con diagnosi ff	CG CG CG	Semestre Semestre Semestre	
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatazza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	CG	Annuale	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	CG Q.A.RC ss PP/ ss Tecnico	Semestre Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	ss Formazione R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5
Direttore ff Soc Ortopedia e Traumatologia Dr.ssa Coretta Sapienza		<div> <div>  </div> <div> <div>  </div> <div> <div>  </div> </div> </div> </div>				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 DI STRUTTURA (SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA) E DIPARTIMENTALI

OBIETTIVI	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORE	STANDARD	SOURCE	WEIGHT
1	OBIETTIVI REGIONALI	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Sem.
		1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	> 2019	CG	Sem.
		1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022 > 2019	CG	Sem.
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestività regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Sem.
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mens.
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mens.
		2d. - Tagli cesarei primari - Coerenza tra sdo e cedap	N° parti con cesareo primario x100 N° parti con nessun progresso cesareo coerenza	TA <= 15% 100%	CG	Annuo
3	GC/Qualità/App rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (V. scheda dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, V. Progr. Aziendale Miglioramento e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Sem.
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazione	Annuo Annuo
5	Prevenzione corruzione/trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Sem. Annuo
	Privacy	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Sem. Annuo

Direttore Generale
Dr. ssa Ghiaia Serpieri

Direttore Soc Ostetricia e Ginecologia
Direttore Dipartimento Area Materno Infantile
Dr. Alberto Amadio

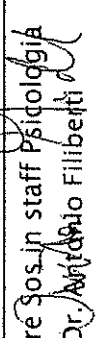
* vedi osservazioni

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC PEDIATRIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c - Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	
Direttore ff Soc Pediatria Dr. Michelangelo Barbaglia		Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS IN STAFF PSICOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Report Regione	Semestre	50
		1b - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	CG	Semestre	30
		2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	% di recupero al 31.12.2022	CG	Semestre	
		2c. Progetto telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	ss Organi Coll/CS	Annuale	
3	Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	ss Formazio ne	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	R.P.C.T.	Semestre	5
	Privacy	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	ss Organi Coll/CS	Annuale	

Direttore Sos in staff Psicologia
 Dr.  Antonio Filibelli

Direttore Generale
 Dr.ssa Chiara Serpieri

1

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC RADIOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022 > 2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
	2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	% di recupero al 31.12.2022	> 2019	CG	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 sml) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	

Direttore Soc Radiologia

Dr. Roberto Tranchini

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC RADIOTERAPIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022. 1b – Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali 2022>2019	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi 2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	Aumento produzione	< 2% > 2019	CG	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate % di recupero al 31.12.2022	100%	CG.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Sos Radioterapia
Dr. Andrea Ballar 

Direttore Generale
D.ssa Chiara Serpieri

REGIONE PIEMONTE A.S.L. VCO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA 01000502
S.O.S. RADIOTERAPIA - 7001
Dott. Andrea BALLAR 
0004448

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1c – Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
	2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario-liste di attesa	% di recupero al 31.12.2022	> 2019	CG	Semestre	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss	Semestre	
		Conclusione corso	100%		Annuale	
Direttore Soc RRF D.ssa Silvia Rossi		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SERD

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1c - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
	2b. Partecipazione campagna di screening delle infezioni da virus epatite C (HCV)	Messa in atto azioni	100%	Sisp	Annuale	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a. Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%		Semestre Annuale	
Direttore Soc SERD Dr.ssa Chiara Crosa Lenz		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione.	2022>2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	G.C.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	
Direttore sostituto Soc Servizio Salute Mentale Territoriale Dr. Angelo Mazza		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SIAN

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi gi� assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed al Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Aff Soc SIAN

Dr.ssa Daniela Baldassarri

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

si allega scheda con relativi provvedimenti

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC SIMT

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Report Regione	Semestre	50
		1c – Attivit� produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	CG	Semestre	30
3	Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	ss Formazio ne	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	Semestre	5
	Privacy	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	

Direttore Sosl SIMT

Dr. Leonard Ruscito

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SISP

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi gi� assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed al Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza 2b. Partecipazione campagna di screening delle infezioni da virus epatite C (HCV)	Rispetto contenuti/tempistica Messa in atto azioni	100% 100%	ss Organi Coll/CS Messa in atto azioni	Semestre Annuale	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore ff Soc SISP

Dr. Giuseppe Scuto

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpi ri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD SPDC

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1b – Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3	Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale: rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Annuale Semestre Annuale	
		Direttore Sosl SPDC Dr.ssa Ermelinda Zepetelli	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022: SOC SPRESAL E DIPARTIMENTALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Soc SPRESAL

Direttore Dipartimento di Prevenzione

Dr. Giorgio Gambarotto

Direttore Generale,

Dr.ssa Chiara Serpieri

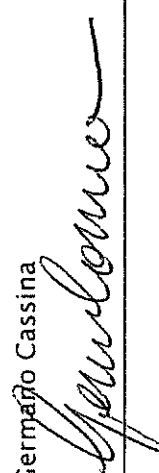
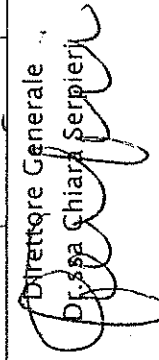
SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC UROLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	
	1c - Attivit� produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
	2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	
	2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	CC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazio ne	Annuale	
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	

Direttore Soc Urologia
 Dr. Danilo Centrella
 Direttore Generale
 Dr.ssa Chiara Serpieri

18/7/2022 ALICE 60 OSSERVAZIONI
 CICCHETTI 18/0024 2022 OBSERVAZIONI

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC VETERINARIO AREA A

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguimento degli obiettivi gi� assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed al Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza 2b Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla <u>scheda di dettaglio</u>)	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	100%	Funzion e. PPSI	Annuale	
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
		Relazione Conclusione corso FAD	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
		Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
Direttore Soc VETERINARIO AREA A Dr. Gerardo Cassina 		Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri 				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD VETERINARIO AREA B

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle <u>azioni di competenza</u> finalizzate al perseguimento degli obiettivi gi� assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed al Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla <u>scheda di dettaglio</u>)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Sosd VETERINARIO AREA B

Dr. Raffaele Papillo

REGIONE PIEMONTE A.S.L. VCO

DIRETTORE SOSD

SERVIZIO VETERINARIO AREA B

Dott. Raffaele PAPILLO

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpiari

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD VETERINARIO AREA C

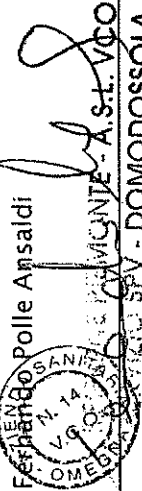
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle <u>azioni di competenza</u> finalizzate al perseguimento degli obiettivi gi� assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed al Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualit�/Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro. 4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico ss Formazio ne	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100% Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5

Direttore Sosd VETERINARIO AREA C

Dr. Fernando Polle Ansaldi

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri



IL VETERINARIO UFFICIALE

Dott. Fernando POLLE ANSALDI

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC AFFARI GENERALI LEGALI ISTITUZIONALI

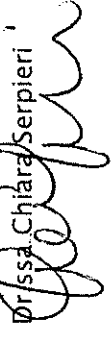

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Report Regione	Semestre	35
2	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura.	100%	Protocollo	Annuale	7
		Coordinamento in merito all'attuazione della normativa in materia di trasparenza/prevenzione corruzione: messa in atto incontri di monitoraggio - Coordinamento attivit� relative all'applicazione del Regolamento europeo sulla privacy.	Audit	OIV	Annuale	9
		Messa in atto azioni indicate dalla Direzione Generale con riferimento al P.N.R.R. - Gestione cruscotto di monitoraggio.	Relazione			
		Collaborazione alla gestione dei conflitti sindacali.	Messa in atto azioni	GEF	Annuale	13
		Messa in atto di una procedura che assicuri il rinnovo delle convenzioni tenuto conto della scadenza e relativo monitoraggio.	Relazione	OIV	Annuale	8
3	GC/Qualit�/Appro priatezza RS	Coordinamento del Comitato Gestione sinistri area sovrazonale.	Procedura Relazione monitoraggio	OIV	Annuale	8
4	Salute e sicurezza sul lavoro	3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	OIV	Annuale	7
		3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	4a Messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) di competenza - Partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD	R.P.C.T.	Semestre	5
		4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). - Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolv. obbligo Conclusione corso	ss Organi Coll/CS	Annuale	

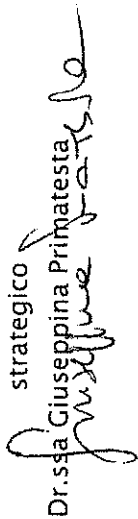
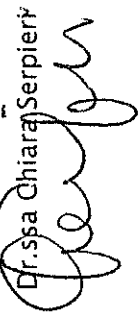
Direttore Sostituto Soc Affari Generali Legali Istituzionali

Dr.ssa Giuseppina Primatesa

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS CONTENZIOSO E SUPPORTO LEGALE – ASSICURAZIONI							
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso	
2	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza.	100%	Protocollo	Annuale	12	
		Collaborazione alla gestione dei conflitti sindacali.	31.12.2022	OIV	Annuale	28	
3	GC/Qualit�/Appro priatezza RS	Coordinamento del Comitato Gestione sinistri area sovrazonale.	31.12.2022	OIV	Annuale	40	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi).	entro 31.12.2022	ss Formazione	Annuale	7	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza	<u>Prevenzione corruzione</u> – Messa in atto delle azioni di competenza previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) di competenza. Partecipazione e conclusione corso FAD.	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	7	
	Privacy	<u>Privacy</u> : – Partecipazione e conclusione corso FAD. .	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	6	
Responsabile Sos Contenzioso e supporto legale – Assicurazioni		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri 					
		Avv. Margherita Valente 					

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS ORGANI ORGANISMI COLLEGIALI SUPPORTO STRATEGICO							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	26
2	Azioni strategiche aziendali	Coordinamento in merito all'attuazione della normativa in materia di trasparenza/prevenzione corruzione; messa in atto incontri di monitoraggio - Coordinamento attivit� relative all'applicazione del Regolamento europeo sulla privacy.	Audit	Almeno 4 annui	OIV	Annuale	26
		Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi	Relazione	31.12.22		Annuale	12
3	Prevenzione corruzione/ trasparenza	Messa in atto azioni indicate dalla Direzione Generale con riferimento al P.N.R.R. – Gestione cruscotto di monitoraggio.	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	Protocollo	Annuale	
			Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	29
		Messa in atto delle azioni di competenza previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) di competenza.	Relazione	semestrale	OIV	Annuale	7
Responsabile Sos Organi/Organismi Collegiali Supporto strategico Dr.ssa Giuseppina Primatesta 			Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri 				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS IN STAFF CONTROLLO DI GESTIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Monitoraggio delle attività correlate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Report	Trimestrali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	Monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali riferiti: - al recupero delle liste di attesa - alla produzione ospedaliera ed ambulatoriale e predisposizione reportistica.	Report	Mensile	DS	Mensile	15
3 Governo clinico/Qualità/Appropr. RC	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	15
4 Salute e sicurezza sul lavoro	Elaborazione dati a supporto.	Report	Rispetto della tempistica	Qualità	Semestre	7
5 Prevenzione corruzione/trasparenza	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	4b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%		Semestre Annuale	
Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione Dr. Andrea Saglietti <i>Andrea Saglietti</i>		Direttore Generale Drs. Chiara Serpieri <i>Chiara Serpieri</i>				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – UFFICIO COMUNICAZIONE E URP							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1		Attuazione del programma di supporto all'utenza per l'apertura/gestione FSE secondo la programmazione operativa – Apertura sportelli dedicati prevedendo la formazione degli operatori in collaborazione con la Soc Distretto VCO.	Si rinvia alla programmazione operativa	Messa in atto programmazione 100%	DG	Annuale	40
2	Azioni strategiche aziendali	Elaborazione e supporto alla Campagna promozionale epatite C tenuto conto della programmazione aziendale.	Si rinvia alla programmazione aziendale	Messa in atto programmazione 100%	DG	Annuo	30
3		Elaborazione e supporto alla Campagna vaccinale Covid IV dose > 60, tenuto conto della programmazione aziendale.	Si rinvia alla programmazione aziendale	Messa in atto programmazione 100%	DG	Annuo	30
		Responsabile Ufficio Comunicazione e Urp Sig. Massimo Nobili	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FORMAZIONE							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Azioni strategiche aziendali	Attuazione programma formativo aziendale.	Attuazione programma	50% come da standard previsto da Ente accreditante Regione Piemonte	DG	Annuale	30
2		Attuazione progetto di certificazione delle competenze di cui alla deliberazione n. 552 del 28.7.2022, come da programmazione operativa.	si rinvia alla programmazione operativa	Messa in atto programmazione 100%	DG	Annuale	40
3		Attuazione del piano di formazione obbligatoria ex D.L. 8/2008 e smi per il 100% del personale obbligato.	Attuazione programma	100%	DG	Annuale	30
		Responsabile Formazione Dr. Marino Barassi		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri			

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FUNZIONE GOVERNO CLINICO QUALITA' APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	25
2	Azioni strategiche aziendali	Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: collaborazione aggiornamento Piano Locale Cronicit�	Messa in atto azioni di competenza PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	25
3	Obiettivi specifici	Coordinamento attivit� risk management	Relazione	31.12.22	DSA	Annuale	50
		Coordinamento attivit� accreditamento istituzionale	Relazione	31.12.22	DSA	Annuale	
		Coordinamento sistema qualit� aziendale	Relazione	31.12.22	DSA	Annuale	
<div>Governo Clinico Qualit� Appropriatezza Rischio Clinico Dr.ssa Margherita Bianchi</div> <div>Direttore Generale Dr.ssa Chiara Sergieri</div>							

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	35
2 Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura.	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	10
	Monitoraggi trimestrali spesa personale.	Monitoraggi	Trimestrali	GEF	Trimestrale	5
	Gestione operativa P.N.R.R.: rendicontazione con riguardo alla gestione alle borse di studio dei MMC.	Messa in atto azioni	100%	Distretto	Annuale	14
	Con riferimento al programma "HR Engineering" completamento: - nel modulo giuridico, dell'assetto organizzativo aziendale; - nel modulo rilevazione presenze, della gestione della turnistica (in sinergia con DIPSA e DSO).	Completamento moduli programma "HR Engineering"	100%	Dir. Amm.	Annuale	12
3 Salute e sicurezza sul lavoro	Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti DL.vo 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit	100%	R.P.C.T.	Annuale	11
	3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Rispetto tempistica/contenuti				
	3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
4 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	4a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) - Partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
	4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale		Semestre	
		Conclusione corso	100%		Annuale	

Direttore Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali

Dr.ssa Claudia Sala 09/08/2022


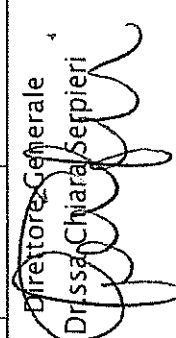
Direttore Generale


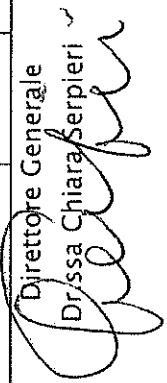
Dr.ssa Chiara Serpieri

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso	
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestrale e	35	
2	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della S.O.S.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	10	
		Gestione amm.vo – contabile dei contratti dei lavoratori somministrati del ruolo amministrativo.	Gestione contratti	100%	Direttore Struttura	Semestrale e	5	
		Riorganizzazione e razionalizzazione procedure di verifica e conferimento/rinnovo incarichi dirigenziali.	N. incarichi dirigenziali aziendali (conferiti e da conferire)	100%	N. contratti stipulati	Annuale	5	
		Gestione e liquidazione compensi a personale con rapporto di lavoro libero – professionale e a società di somministrazione personale amm.vo.	Entro 20 gg. dalla ricezione dell'autorizzazione da parte del Responsabile della Struttura competente	100%	S.O.C. G.E.P.	Semestrale e	10	
3	Salute e sicurezza sul lavoro	Con riferimento al programma "HR Engineering" completamente: - nel modulo giuridico, dell'assetto organizzativo aziendale; - nel modulo rilevazione presenze, della gestione della turnistica (in sinergia con DIPSA e DSO).	Completamento moduli programma "HR Engineering"	100%	Dir. Amm.	Annuale	15	
		Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza – Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti DL.vo 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit Rispetto tempistica/contenuti	100%	R.P.C.T.	Annuale	10	
		3a Collaborazione a relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente preposto e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	5	
4	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	3b Monitoraggio su partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D. Lgs 81/2008 smi) da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale		5
		4a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022/24 (atto n. 324/2022) – Monitoraggio su partecipazione e conclusione corso FAD da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5	
		4b Privacy: Monitoraggio su partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale		
			Conclusione corso	100%		Annuale		
Responsabile S.O.S./ Acquisizione e Gestione Giuridica del Personale Dott. Roberto BLANCO		Direttore S.O.C./ Gestione Personale e Relazioni Sindacali Dott.ssa Claudia SALA	Direttore Generale Dott.ssa Chiara SERPIERI					

SOS Gestione economica del Personale e Relazioni Sindacali		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso	
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.		Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	35	
2	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura (Conto annuale - Flussi di Spesa Personale per Conto Economico e Piano dei Fabbisogni- Report Economici richiesti dalla Regione Piemonte o da altri Enti Territoriali Regionali- Flussi Uniemens - Denuncia annuale Inail- Onaosi- DMA- Relazioni Tecnico Illustrative relative alla determinazione Fondi delle competenze accessorie. Comunicazioni Collegio Sindacale e Aran Accordi Integrativi A.I.A.) Monitoraggi trimestrali spesa personale.		Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	26	
3	Salute e sicurezza sul lavoro	Gestione operativa P.N.R.R.: rendicontazione con riguardo alla gestione alle borse di studio dei MMC.		Monitoraggi	Trimestrali	GEF	Trimestrale	5	
		Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti D.Lgv. 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza..		Messa in atto azioni	100%	Distretto	Annuale	10	
		3a Relazione in merito agli interventi da prevedere nel 2022 in qualità di Dirigente/Referente Preposto sulla sede della SOS di Domodossola con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro		Partecipazione audit	100%	R.P.C.T.	Annuale	11	
		3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte dei Collaboratori della SOS coinvolti.		Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8	
4	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	4a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) - Partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori della SOS di afferenza.		Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale		5
		4b Privacy: Monitoraggio e partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.		Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	Semestre Annuale	
				Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale		
Il Dirigente Responsabile SOS			Il Direttore SOC G.P.R.S.			Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri			1
Gestione Economica del Personale e Relazioni Sindacali Dott. Francesco Siciliano			Dr.ssa Claudia Sala						

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS ICT

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Report	Trimestrali	Report Regione	Semestre	35
2 Azioni strategiche aziendali	Interventi P.N.R.R. relativi alla Missione 6. M6.C2-1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA E e II)"	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	22
	Rispetto della tempistica di invio dei flussi informativi aziendali	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	12
	Messa in atto azioni relative all'applicazione del Regolamento Europeo sulla privacy per le parti di afferenza, con particolare riferimento alla sicurezza informatica - nomine Responsabili esterni al trattamento dati.	Messa in atto azioni	31.12.2022	Ref Privacy	Annuale	10
3 Salute e sicurezza sul lavoro	Collaborazione per la messa in atto delle azioni previste nel Piano di Cronicit� che afferiscono agli aspetti informativi (es. telemedicina).	Collaborazione	100%	Referente piano cronicit�	Annuale	8
	3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
4 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	4a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16). - Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrali e		Semestre	
		Conclusione corso	100%		Annuale	
Responsabile Sos ICT D.ssa Anna Cagliardi 		Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri 				
		26/08/2022				
		1				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA						
	Orientamenti strategici	Orientamenti operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo
1	Azioni strategiche aziendali	<p>Coordinamento e monitoraggio del Piano Locale Cronicità</p> <p>Piano Locale prevenzione (PLP) anno 2022: coordinamento azione 12 di cui alla DD n. 777/2021 - continuum tra PLC e PLP</p>	Rinvio indicatori regionali	Adempimenti cronoprogramma regionale	Regione	Annuale
						40
2	Obiettivo specifico	<p>Collaborazione con il Controllo di Gestione per la verifica dell'appropriatezza del dato relativo alle prestazioni ambulatoriali (visite ed esami strumentali, inclusa la telemedicina) in relazione all'attuazione del PLC.</p>	Relazione	31.12.22	Dip. Prev.	Annuale
						40
			Appropriatezza dato	100%	CG	Annuale
						20
		<p>Responsabile Funzione Programmazione e Progettazione Sanitaria Integrata</p> <p>Dr. Luigi Petrone</p> 	<p>Direttore Generale</p> <p>Dr.ssa Chiara Serpieri</p> 			

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO						
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controlli	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio Indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestrale	34
2 Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della struttura.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	10
	Coordinamento messa in atto Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Messa in atto azioni coordinamento	100%	Dir. Amm.	Annuale	25
	Mantenimento tempi di pagamento negli standard previsti dalle disposizioni vigenti.	Adeguamento tempistica	100%	Dir. Amm.	Annuale	9
3 Salute e sicurezza sul lavoro	Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti DL.vo 33/13 s.m.i, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit	100%	R.P.C.T.	Annuale	9
	3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Rispetto tempistica/contenuti Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
	3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 s.m.i) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazioni	Annuale	
4 Prevenzione corruzione/ trasparenza	4a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) con particolare riferimento alla funzione di Responsabile Antiriciclaggio - Partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestrale	5
	4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD	100%		Annuale	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestrale	
		Conclusione corso	100%		Annuale	
Direttore Soc Gestione Economico finanziaria e Patrimonio Dr.ssa Manuela Succi		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS IN STAFF PREVENZIONE E PROTEZIONE						
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio Indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	20
2 Azioni strategiche aziendali	2a Realizzazione programma di formazione per tutti i dipendenti in materia di sicurezza sul lavoro ed organizzazione di corsi in sinergia con la Sos Formazione	Realizzazione programma formazione	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	25
	2 b Coordinamento attività istruttoria e tempestiva risposta alle richieste in materia di sicurezza sul lavoro	Tempi previsti dalla norma	100%	DG	Annuale	25
3 Salute e sicurezza sul lavoro	Revisione documenti di valutazione del rischio da concordare con la Direzione Generale.	Almeno 4	31.12.22	DG	Annuale	25
4 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
	5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestre	
	Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso	100%		Annuale	
Responsabile Sos Prevenzione e Protezione Dr. Paolo Riboni		Direttore Generale Dr.ssa Ghisla Serpieri				

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS IN STAFF TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicit� a controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	35
2	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica per quanto attiene le procedure di aggiudicazione di competenza.	Tempestivit� e correttezza adempimenti	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	11
		Messa in atto adempimenti di cui all'art 1, comma 32, L. n. 190/2012 e smi.	Rispetto tempistica e appropriatezza contenuti	100%	R.P.C.T.	Semestrale	8
		Gestione operativa P.N.R.R e rendicontazione sulla piattaforma Regis per la parte di competenza.	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	21
		Partecipazione alle attivit� di riprogrammazione nuovo ospedale VCO.	Relazione	31.12.2022	Dir. Amm.	Annuale	5
3	Salute e sicurezza sul lavoro	Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza – Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti DL.vo 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit	100%	R.P.C.T.	Annuale	7
		3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualit� di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Rispetto tempistica/contenuti				
		3b Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, corsi obbligatori (in modalit� fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
4	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	4a Messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) di competenza – Partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
		4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16) – Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
			Conclusione corso FAD	100%		Annuale	
			Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestre	
			Conclusione corso	100%		Annuale	

Responsabile Sos in staff Tecnico e Coordinamento

aziendale nuovo ospedale

Ing. Mario Mattia

Direttore Generale

Dr.ssa Chiara Serpieri

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – FUNZIONE SERVIZIO MEDICO COMPETENTE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a Esecuzione programmi di sorveglianza sanitaria. Effettuazione di tamponi ai dipendenti 2b. Partecipazione e collaborazione all'attività del gruppo ASL VCO per la promozione della salute della rete HPH nell'ambito del progetto "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	Rispetto tempistica Relazione	Come da programma 31.12.22	ss Organi Coll/CS ss Organi Coll/CS	Annuale Annuale	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatazza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	Partecipazione e conclusione, entro il 31.12.22, a corsi obbligatori (in modalità fad o residenziali) in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazioni	Annuale	8
5		5a Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2022/24 (atto n. 324/2022) e partecipazione e conclusione corso FAD anche da parte di tutti i Collaboratori. 5b Privacy: Indicazione alla Direzione Generale nominativi nuovi assunti in qualsiasi forma contrattuale per la nomina ad autorizzati al trattamento. Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione Conclusione corso FAD Comunicazione alla Dir. Generale Conclusione corso	Semestrale 100% Tempestiva 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale Annuale	5
Responsabile Funzione Servizio Medico Competente Dr. Roberto Maglio			Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpiehi				

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi DIPARTIMENTO MEDICO 2022

ACCREDITAMENTO E PROGRAMMA REGIONALE RISCHIO CLINICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica Applicazione della Raccomandazione 17 Riconciliazione della farmacoterapia	Presenza nelle CC della scheda terapia allegata alla lettera di dimissione	Standard Regionale atteso > 90%	NAC-DSPD e CCE PHI	Messo a disposizione Refresh formazione gestito da GPI fornitore di PHI. Dato valutato dal 1° Ottobre 2022.	3	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 7 Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrate medico-infermieristiche (Observation Chart)	PRESENZA IN PHI DELLE SCHEDE PRIMA	Standard Regionale atteso > 70%	CCE PHI - PARTECIPAZIONE A CORSO FAD	Messo a disposizione corso di formazione dedicato FAD.	2	
6° Criterio Accredimento Requisito 6.3.4 Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 3 Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e Azione 13 Pratiche contenitive in ambito sanitario	Partecipazione a formazione dedicata sul campo. Adozione di strumenti per la riduzione della contenzione e delle cadute	ATTESTATO FORMAZIONE DEI REFERENTI RISCHIO CLINICO di SOC/SOSD	CCE PHI FARMACIA FORMAZIONE	Messo a disposizione corso di formazione sul campo e FAD.	2	
Totali (max 7 punti):						7,00	0,00

DIRETTORE DIPARTIMENTO MEDICO

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi DIPARTIMENTO CHIRURGICO 2022

ACCREDITAMENTO E PROGRAMMA REGIONALE RISCHIO CLINICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica Applicazione della Raccomandazione 17 Ricondizione della farmacoterapia	Presenza nelle CC della scheda terapia allegata alla lettera di dimissione	Standard atteso > 90%	NAC-DSPD e CCE PHI	Messo a disposizione Refresh formazione gestito da GPI fornitore di PHI.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 7 Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrate medico- infermieristiche. (<i>Observation Chart</i>)	PRESENZA IN PHI DELLE SCHEDE PRIMA	Standard atteso > 70%	CCE PHI	Messo a disposizione corso di formazione dedicato FAD.	2	
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e Servizi Requisito 2.5.5 Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e dell'implementazione di azioni correttive se necessario.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 4. Sicurezza in sala operatoria – Monitoraggio sistematico dell'uso della Checklist per la sicurezza in sala operatoria	Rispetto item definiti dalle Linee di indirizzo regionali e conformità percorso di monitoraggio ex circolare prot. n. 4160/2015.	Standard atteso > 80%	Utilizzo sistema digitale tobin.	Messo a disposizione corso di formazione sul campo.	2	
6° Criterio Accreditamento Requisito 6.3.4 Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 3 Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e Azione 13 Pratiche contenitive in ambito sanitario	Partecipazione a formazione dedicata sul campo. Adozione di strumenti per la riduzione della contenzione e delle cadute	ATTESTATO FORMAZIONE DEI REFERENTI RISCHIO CLINICO di SOC/SOSD	CCE PHI FARMACIA FORMAZIONE	Messo a disposizione corso di formazione sul campo e anche FAD.	1	
Totale (max 10 punti):						7,00	0,00

DIRETTORE DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

[Firma]

[Firma]

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

ANATOMIA PATOLOGICA	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni...	Progetto Breast Unit: Applicazione PDTA Aziendale Tumore Mammella	1. % Più di 10 linfonodi ascellari asportati "eccetto nei casi di <i>samplin</i> e di pregressa terapia neoadiuvante". 2. % Pezzo operatorio orientato 3. Margini chirurgici indenni da malattia	1. 95% 100% 2. 99% 100% 3. >90% 100%	Con Chirurgia senologica	3,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni...	Monitoraggio PDTA Tumori Colon Retto	1. % n. di 12 linfonodi asportati "eccetto interventi di palliazione e con pregressa terapia neoadiuvante". 2. Margini chirurgici indenni da malattia	1. > 95% 96% 2. 95% 98%	Con Chirurgia	2,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Programma Regionale Rischio Clinico	Applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.	report statistiche campioni inviati alla SOC AP non conformi suddivisi AP per CdC	Come da nota 0038372/22 della SOC	2,00	

Totali (max 7 punti):

7,00

firmato in originale

Direttore Soc

Dr.ssa Monica Leutner

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOSP CONSULTORIO Anno 2022

CRITERI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
8° Criterio Accreditamento Istituzionale: Umanizzazione Requisito 8.1.1 Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; e Programma Regionale Rischio Clinico	Consulenza Psicologica	N. Consulenza Psicologica in Consultorio / Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti	In collaborazione con Servizio Psicologia	1,00
1° Criterio Accreditamento Istituzionale Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie. Requisito 12.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie e Programma Regionale Rischio Clinico azione 1 . Applicazione Raccomandazione n° 6 Applicazione Raccomandazione n°16	Consegna e gestione della agenda gravidanza. DGR 38/11960 del 04/08/2009 (Agenda della Gravidanza)	1. Monitoraggio PO 08-TER 01 Consegna Agenda di Gravidanza 2. N. consegne e gestione della agenda gravidanza/ Anno/ Suddivise per area territoriale	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti	In collaborazione con DMI Ostetricia-Ginecologia	1,00

CRITERI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
1° Criterio Accredittamento Istituzionale Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie. Requisito 12.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie e Programma Regionale Rischio Clinico azione 1. Applicazione Raccomandazione n° 6 Applicazione Raccomandazione n°16	Presa in carico gravidanza basso rischio Deliberazione ASL VCO n° 187 del 13/03/2008	1. Monitoraggio PO 08-TER10 Profilo Assistenziale per la Gravidanza a Basso Rischio a Conduzione Ostetrica nel Consultorio 2. N. gravidanze basso rischio prese in carico / Anno/ Suddivise per area territoriale	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi e nelle modalità previste dalle procedure	In collaborazione con DMI Ostetrica-Ginecologia	2,00
8° Criterio Accredittamento Istituzionale: Umanizzazione Requisito 8.1.1 Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche;	Riabilitazione pavimento pelvico	N. Casi di Riabilitazione pavimento pelvico / Anno/ Suddivise per area territoriale	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti		2,00
8° Criterio Accredittamento Istituzionale: Umanizzazione Requisito 8.1.1 Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche;	Messa in atto del percorso assistenziale della donna maggiorenne o minorenni che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza	PO 08-TER 02 Procedura Operativa per l'applicazione "del percorso IVG: 1. N. IVG / Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi e nelle modalità previste dalle procedure	In collaborazione con DMI Ostetrica-Ginecologia	1,00
Totali (max 7 punti):					7,00

Responsabile SO&D Consultorio

Dr. Laura Minzioni

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

Dietologia e Nutrizione Clinica	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2022
6° Criterio Accredittamento Istituzionale Appropriata clinica e sicurezza Requisito Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	Pubblicazione "Procedura per erogazione integratori nutrizionali (nutrizione enterale per os)"	Monitoraggio indicatori.	Vedere indicatori.	Con Dipartimento Medico, Dipartimento Chirurgico, Farmacia, Distretto	7	
Totali (max 7 punti):					7,00	

Responsabile SOSD

Dr. Mauro Brugnani



DSA

Dr. Emanuela Pastorelli



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO SOC DIPSa Anno 2022

DIPSa TRASVERSALI DIPARTIMENTO MEDICO E DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
2° Criterio Accredimento Istituzionale: Prestazioni e Servizi Requisito 2.5.5 Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e dell'implementazione di azioni correttive se necessario e Programma Regionale Rischio Clinico azione 4 Utilizzo Checklist per la sicurezza in sala operatoria	Programma Regionale Rischio Clinico: Utilizzo Checklist per la sicurezza in sala operatoria Azione 4	Rispetto item definiti dalle Linee di indirizzo regionali e conformità percorso di monitoraggio ex circolare prot. n. 4160/2015.	Standard atteso > 80%	NAC-DSPO e CCE PHI	Utilizzo APP TOBIN per CL, Posizionamento pz e conta garze V8 ORTO 69%, V8 OGI-41%, V8 CHIR-43%, DOMO ORTO 72%, DOMO ORL 87%, DOMO GIN 60%, DOMO URO 57%, DOMO CHIR 61%, OCU 0%	2	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico Applicazione Progetto PRIMA	Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrate medico- infermieristiche (Observation Chart) nei reparti di degenza per adulti, nei reparti di Ostetricia e nei reparti di Pediatria.	Vedere azione 7 obiettivo 1 del programma regionale rischio clinico	Standard atteso > 70%	CCE PHI	Utilizzo schede digitali CCE PHI, partecipazione a corso FAD	2	
6° Criterio Accredimento Requisito 6.3.4 Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio e Programma Regionale Rischio Clinico Azione 3 Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e Azione 13 Pratica contenitive in ambito sanitario	Adozione di strumenti di monitoraggio delle procedure contenitive e di gestione delle cadute	1. Sviluppo di attività assistenziali alternative alla contenzione farmacologica, fisica, meccanica e di prevenzione delle cadute 2. Adozione di attività assistenziali di prevenzione della caduta (accertamento mirato e planificazione assistenziale)	ATTESTATO FORMAZIONE DEI REFERENTI RISCHIO CLINICO di SOC/SOSD	CCE PHI FARMACIA FORMAZIONE	SCHEDA EXCEL per monitoraggio e relazione con evidenza di eventuali azioni correttive. In collaborazione con RRF e Geriatrica. Cadute anno 2020 n° 158 Cadute anno 2021 n° 168 Consumo fascette 2020 n° 1836 Consumo fascette 2021 n° 2292 Cadute Primo semestre 2022: n. 77 Consumo fascette Primo semestre 2022: n. 1.368 Partecipazione a corso FAD	3	
Totali (max 7 punti):						7,00	0,00

DSA
 Dr. Emanuela Pastorelli
Emanuela Pastorelli

Direttore SOC
 Dr. Marcello Senestraro
 REGIONE PIEMONTE - ASL VCO
 DIRETTORE
 SOC DIPSa
 Dott. Marcello SENESTRARO

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

DISTRETTO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2022
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	Monitoraggio PP 08-TER 01 Percorso per la Continuità di Cura Ospedale-Territorio	1. Numero pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi con BRASS >10 Standard: > 80% 2. Numero di reingressi ospedali di persone >70 aa con patologie croniche: Standard: ≤30%	Vedere indicatori	Valutazione degli indicatori raccolti in collaborazione con SOC ospedaliero, MCU. Prevista la revisione della procedura procedura con SOSD Geriatria-UVG.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 1 monitoraggio sulle iniziative e sui risultati delle ASR delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate relativi alla gestione del rischio clinico. Obiettivo 4 monitoraggio dello stato dell'arte nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate.	Mappatura della gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate.	Report su azioni di monitoraggio intraprese dalle strutture.	Rilevazione di sistemi di incidente reporting e gestione dei sinistri	Con affari legali	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 3 Prevenzione delle Cadute nelle strutture sanitarie. Obiettivo 2 ricognizione da parte dell'ASL, delle procedure di gestione cadute in uso presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate di competenza territoriale	Mappatura presenza di procedure gestione cadute in uso presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	Report presenza di procedure, RCA, Audit. Indicare n° cadute senza e con danno/anno	evidenza di incident reporting	In collaborazione con Strutture Private Accreditate RSA durante attività commissioni vigilanza.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5 Prevenzione degli errori in terapia farmacologica- riconciliazione terapia farmacologica. Obiettivo 3 Monitoraggio da parte delle ASL, dei criteri di gestione del processo di somministrazione dei farmaci presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate di competenza territoriale	Monitoraggio della presenza di procedure/protocolli presso le strutture private accreditate	Report su attività di verifica effettuata	Presenza di schede terapia	In collaborazione con Strutture Private Accreditate RSA durante attività commissioni vigilanza.	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 14 Rischio infettivo e rischio clinico. Obiettivo 3 monitoraggio delle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni (con particolare riguardo alle misure di prevenzione da infezione da SARS COV-2) adottate nelle strutture socio-sanitarie RSA regionali.	Monitoraggio delle procedure di prevenzione e controllo infezioni con particolare riguardo alle misure di prevenzione da SARS COV-2 nelle RSA	Report su attività di verifica effettuata come da indicazioni regionali.	Trasmissione Report su attività di verifica	In collaborazione con RSA durante attività commissioni vigilanza.	1	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore SOC Distretto

Dr. Borgotti

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttore di Sos Dip. Anno 2022

STRUTTURA SOSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza	Monitoraggio PDTA Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	Vedere Indicatori PDTA Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	<ul style="list-style-type: none"> N° pz con sospetta MICI e con esami di primo livello effettuati / N° pz con sospetta MICI inviati in ambulatorio GEL. N° nuove MICI / N° pz inviati in amb GEL con sospetta MICI. N° pazienti con sospetta MICI con richiesta in classe B / N° pazienti con sospetta MICI inviati in ambulatorio GEL. 	Come previsto dal piano della cronicità	3,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza	Programma Regionale Rischio Clinico. Messa in atto delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO.	Applicazione delle istruzioni d'uso dei contenitori per la conservazione dei campioni biologici ai fini diagnostici (già effettuata formazione sul campo dalla SOC Anatomia Patologica in collaborazione con il fornitore).	100%	Il dato statistico sarà fornito dalla SOC Anatomia Patologica a partire dal 1° primo agosto 2022	4,00	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

firmato in originale

Direttore Sos-Dipartimentale
Dr. Giuseppe Facciotto

DSA

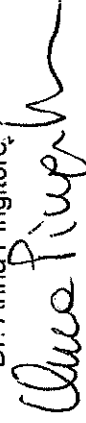
Dr. Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI FARMACIA	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2022
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico	Monitoraggio della Procedura per la Dispositivo Vigilanza	Report annuale	dato da produrre per Report Annuale RC	3	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Applicazione Raccomandazione n. 19 Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Monitoraggio della Procedura per la Manipolazione delle Forme Farmaceutiche Orali Solide	Report annuale delle non conformità riscontrate	dato da produrre per Report Annuale RC	3	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Applicazione Raccomandazione n. 9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti a malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Monitoraggio della procedura Prevenzione degli eventi avversi conseguenti a malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali come da raccomandazione ministeriale n° 9	Report annuale delle non conformità riscontrate	Capofila TECNICO e Ingegneria Clinica con SPP e UPRI	1	
Totali (max 7 punti):				7,00	0,00

Direttore ff SOC

Dr. Anna Pingitore,



DSA

Dr. Emanuela Pastorelli



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di Sos Dip. Anno 2022

OBIETTIVI SOD MALATTIE METABOLICHE DIABETOLOGIA	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico	Applicazione PO 43-DIAB 01	% di pazienti ricoverati con iperglicemia > 126 mg/dl a digiuno con dosaggio di HbA1c: anno 2019 70%; 2021 75% % di pazienti "critici" ricoverati sottoposti al protocollo di infusione insulinica endovenosa: anno 2019 75%; 2021 78% N° di episodi di ipoglicemia lieve-moderata D10glicemia 50-70 mg/dl verificatisi in corso di ricovero/N° totale protocolli somministrati X 100: anno 2019 6,9% (2/29X100); 2021 8% N° di episodi di ipoglicemia grave < 50 mg/dl verificatisi in corso di ricovero / N° totale protocolli somministrati X 100: anno 2019 0%; 2021 0%	Monitoraggio esiti e verifica del trend	2,00	
Applicazione Raccomandazione 17 Riconciliazione della farmacoterapia					
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	Applicazione PO 43-DIAB 02 gestione Cheto-acidosi	Monitoraggio della procedura PO 43-DIAB 02 Gestione Cheto-acidosi; 2021 66%	Monitoraggio esiti e verifica del trend	2,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	Gestione del Diabete gestazionale	Attivazione collaborazione con Ostetricia e Redazione Procedura dedicata	Validazione procedura e pubblicazione	3,00	
				7,00	

DIRETTORE SOD MALATTIE METABOLICHE E PATOLOGIE ENDOCRINOLOGICHE - 19
 Dr. Giuseppe Blacento
 Dott. G. BLACENTO
 05104PQ

DSA
 Dr. Emanuela Pastorelli
 Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC/SOSD Anno 2022

GERIATRIA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	FONTE DATI	Commento	Peso	Peso 31.01.23
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	Implementazione PLP (Piano Locale Prevenzione) formazione/informazione, socializzazione, empowerment: la Rete del Caffè Alzheimer	Partecipazione del personale della SOSD Geriatria ad incontro mensile alternativamente nel Cusio e nel Verbano.	Verbali degli incontri, minimo 6.	Geriatria	In collaborazione con CISS Cusio e Verbano, Associazione Familiari Alzheimer, Rete Volontariato.	2,00	
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e servizi Requisito 2.2.2 Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)	Redazione Procedura di Processo Percorso Osteoporosi	Elaborazione PO Percorso Osteoporosi: condivisione con primo gruppo di lavoro SOSD GERIATRIA entro 2022, pubblicazione entro SECONDO trimestre 2023	Elaborazione bozza condivisa entro dicembre 2022 al fine della validazione.	Geriatria GCQARC	In collaborazione con Farmacia, Distretti, DiPsa	1,00	
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e servizi Requisito 2.2.4 Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	Verifica applicazione PDTA: PP 14-GER 02 DIAGNOSI PRECOCE DEMENZE	Monitoraggio INDICATORI PDTA. % di pazienti avviati a valutazione NP di I Liv. per diagnosi precoce di demenza. Totale diagnosi.	Monitoraggio Casistica 2022 con trend 2015-22	Geriatria	In collaborazione con SOSD PSI.	2,00	

GERIATRIA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	FONTE DATI	Commento	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	Procedura Operativa Televisita/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) Territoriale in condizioni emergenziali: Applicazione della procedura	Pubblicazione e applicazione PO 14-GER 03 Procedura Operativa Televisita/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) Territoriale in condizioni emergenziali	Monitoraggio applicazione procedura in condizioni emergenziali	Geriatría GCQARC	In collaborazione con Dipsa, Qualità, ICT, Distretto	2,00	
Totali (max 10 punti):							

7,00 0,00

Responsabile SOSD
Dr/Loredana Seccia

Loredana Seccia

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

LAB. ANALISI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	Redazione della procedura per l'accettazione urgente test di laboratorio da inviare a Novara e dei test culturali (attualmente operatore dipendente)	Validazione della procedura per l'accettazione urgente test di laboratorio da inviare a Novara e dei test culturali (attualmente operatore dipendente)	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET. Doc pervenuto in bozza.		4,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	Monitoraggio della procedura Procedura Operativa per gli accertamenti richiesti dall'Artt. 186 e 187 del D. L.vo 30.04.1992 n. 285 e successive modificazioni	Raccolta indicatori con MCU	N° Procedure non corrette/N° procedure totali x 100 - Standard <10%	Capofila MCU.	3,00	


Totale (max 7 punti):

7,00 0,00

**Direttore Soc
Dr. Nino Cappuccia**



**DSA
Dr. Emanuela Pastorelli**

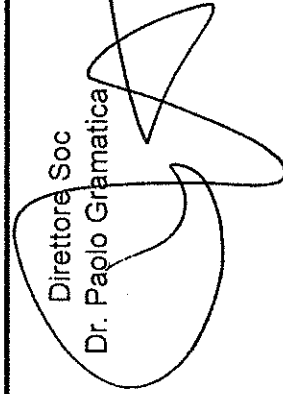


I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

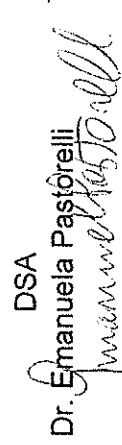
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

MCU	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Monitoraggio delle procedure/PDTA validati: 1. Procedure trasporti secondari. 2. PDTA Emorragie Digestive. 3. Accertamenti richiesti dall'Artt. 186 e 187 del D. L.vo 30.04.1992 n. 285 e successive modificazioni)	Monitoraggio degli indicatori tramite registro excel	Come da indicatori delle procedure/PDTA	Con DSPO, DiPSa, Endoscopia Digestiva	5,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.2 Produzione e diffusione di buone pratiche	Gestione del dolore	Casi con valutazione scheda dolore codici gialli e Applicazione protocolli	80%	Secondo semestre 2021	2,00	
Totali (max 7 punti):					7,00	

Direttore Soc
Dr. Paolo Gramatica



DSA
Dr. Emanuela Pastorelli



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

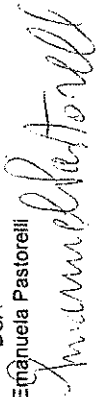
OBIETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI MEDICINA LEGALE	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
7° Criterio Accredittamento Istituzionale Processi di miglioramento e Innovazione Requisito 7.3.3 Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione- adozione dei progetti di innovazione.	Riorganizzazione e gestione degli obitori aziendali.	Attuazione del progetto di riorganizzazione degli obitori	Monitoraggio Applicazione del progetto	In collaborazione con SOC DSPO, DIPSa, Logistica, TECANO, SPP e Anatomia Patologica.	7,00	
					7,00	0,00

Responsabile SOSD
Dr. Attilio Rigotti



DSA

Dr. Emanuela Pastorelli



REGIONE PIEMONTE ASL VCO
(S.C. MEDICINA LEGALE
DIRIGENTE MEDICO
Dott. Attilio RIGOTTI

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Gestione Percorso Adolescenti: accoglienza e presa in carico continuativa degli adolescenti e delle loro famiglie, che presentano problematiche, quali difficoltà relazionali e/o ritiro sociale	MONITORAGGIO PP 29-NPI-02 Procedura di Processo (PDTA) gestione percorso adolescenti	Valutazione degli indicatori	In collaborazione con DIMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa, Psicologia, SERD	2,00	

GP

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Gestione dell'Autismo: presa in carico del bambino autistico, monitoraggio delle criticità cliniche	MONITORAGGIO PP29-NPI 01 Procedura di processo (PDTA) Gestione dell'Autismo	valutazione degli indicatori	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa	3,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.1.5 Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario Programma Regionale Rischio Clinico azione 1	programma Regionale Rischio Clinico Applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.	MONITORAGGIO PO 19-PED 14 follow up neonato pretermine e/o con patologia e basso peso	Valutazione degli indicatori	In collaborazione con SOC Pediatria,	1,00	

ap

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
<p>1° Criterio Accredittamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</p> <p>Requisito 1.5.1</p> <p>Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)</p>	<p>gestione ricovero ospedaliero urgente di Paziente afferente alla SOC NPI</p>	<p>MONITORAGGIO PO 29-NPI 01 La gestione dell' emergenza - urgenza Psichiatrica in età evolutiva (14-18 anni)</p>	<p>Valutazione degli indicatori</p>	<p>In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa SERO</p>	1,00	

Totale (max 7 punti):

7,00 0,00

Direttore Soc

Dr.ssa Stefania Voza

Stefania Voza

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

Emanuela Pastorelli

REGIONE PIEMONTE ASL VCO
DIRETTORE RESPONSABILE
S.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 3301
Dott.ssa Stefania VOZZA
5769 VS

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi OSTETRICIA GINECOLOGIA 2022

ACCREDITAMENTO E PROGRAMMA REGIONALE RISCHIO CLINICO DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica Applicazione della Raccomandazione 17 Riconciliazione della farmacoterapia	Presenza nelle CC della scheda terapia allegata alla lettera di dimissione	Standard atteso > 90%	NAC-DSPO e CCE PHI	Messo a disposizione Refresh formazione gestito da GPI fornitore di PHI.	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 7 Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrate medico-infermieristiche (Observation Chart)	PRESENZA IN PHI DELLE SCHEDE PRIMAO	Standard atteso > 70%	CCE PHI	Messo a disposizione corso di formazione dedicato FAD.	1	
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e Servizi Requisito 2.5.5 Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e dell'implementazione di azioni correttive se necessario.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 4. Sicurezza in sala operatoria - Monitoraggio sistematico dell'uso della Checklist per la sicurezza In sala operatoria	Rispetto item definiti dalle Linee di indirizzo regionali e conformità percorso di monitoraggio ex circolare prot. n. 4160/2015. UTILIZZO CL SALA PARTO COME DA PO	Standard atteso > 80%	Utilizzo sistema digitale tobin.	Messo a disposizione corso di formazione sul campo.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza. Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 1 Applicazione Raccomandazione n° 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Applicazione Raccomandazione n° 16 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Monitoraggio della Procedura PO 17-OGI 11 Gestione Rotture Prematura Pretermine Membrane (pPROM) e allegati	standard atteso 100%	CCE PHI	DIPsa, Pediatria, Rianimazione, Hub di riferimento	0,5	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza. Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 1 Applicazione Raccomandazione n° 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Applicazione Raccomandazione n° 16 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Monitoraggio PO 17-OGI 22 Procedura Operativa per la gestione delle gravide candidate al VBAC (vaginal birth after caesarean section). 1) Indicatore N° donne a cui viene proposto TOLAC/n° Donne in classe V di Robson x 100 2) Monitoraggio indicatore N° di rotture d'utero/N° VBAC effettuati x 100	1) Standard atteso > 90% 2) Standard atteso < 1%	CEDAP	Con DIPsa, Dipartimento Chirurgico, Rianimazione, Nido, Neonatologia	1	

~CREDITAMENTO E PR. AMMIA REGIONALE RISCHIO CLINICO DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
5° Criterio Accreditamento Istituzionale Appropriatezza clinica e sicurezza. Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza	Programma Regionale Rischio Clinico: azione 1 Applicazione Raccomandazione n° 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Applicazione Raccomandazione n° 16 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	REVISIONE PO 17-OGI 21 Procedura Operativa Accettazione Ostetrica delle Gravide	PUBBLICAZIONE REVISIONE PO 17- OGI 21	GCQARC	Con SSCC DIPSa, MCU	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale Appropriatezza clinica e sicurezza. Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza	Programma Regionale Rischio Clinico: azione 1 Applicazione Raccomandazione n° 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Applicazione Raccomandazione n° 16 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Monitoraggio PO 17-OGI 19 Procedura Operativa per l'organizzazione di taglio Cesareo in emergenza	N° parti cesarei in emergenza /totale parti cesarei x100/ anno	CCE PHI	Con Dipartimento Chirurgico, Rianimazione, Neonatologia, DIPSa	0,5	
Totali (max 7 punti):						7,00	0,00

DIRETTORE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE



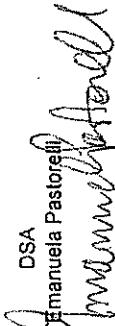

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI MEDICINA LEGALE	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
7° Criterio Accredimento Istituzionale Processi di miglioramento e innovazione Requisito 7.3.3 Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione- adozione dei progetti di innovazione.	Riorganizzazione e gestione degli obitori aziendali.	Attuazione del progetto di riorganizzazione degli obitori	Monitoraggio Applicazione del progetto	In collaborazione con SOC DSPO, DIPSa, Logistica, TECANO, SPP e Anatomia Patologica.	7,00	0,00
					7,00	0,00

Responsabile SOSD
Dr. Attilio Rigotti



DSA
Dr. Emanuela Pastorelli



REGIONE PIEMONTE ASL VCO
S.C. MEDICINA LEGALE
DIRIGENTE MEDICO
Dott. Attilio RIGOTTI

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

PEDIATRIA	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
2° Criterio Accreditamento Istituzionale : prestazioni e servizi. Requisito 2.4.1 valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	Monitoraggio Percorso Nascita	Vedere Tabella Indicatori Percorso Nascita. Condivisione dati con DMI e attivazione azioni di miglioramento individuate.	Audit della raccolta e valutazione indicatori procedure dedicate	In collaborazione con DSO, Dipsa, Distretto Consultorio, altri attori del PN.	3,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico: azione 7 Applicazione Progetto PRIMAP	Uso e informatizzazione delle schede di monitoraggio integrate medico-infermieristiche (Observation Chart) nei reparti di pediatria	Azione 7 Obiettivo 1 del Programma Regionale Rischio Clinico: introduzione schede di monitoraggio integrate medico infermieristiche (Observation Chart) nei reparti di Pediatria	Standard atteso > 90%	In collaborazione con Dipartimento Chirurgico, Rianimazione, DIPSa, CED (informatizzazione)	2,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.1 Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizione di emergenza	Rete materno infantile: Procedura Operativa per il trasporto neonatale secondario STEN secondo DRG n° 3/6466 del 23/07/2007	PO 19-PED 02 per il trasporto neonatale secondario STEN - N° Trasporti Neonatali da ASL VCO a CENTRO HUB secondo procedura/ Tot. N° Trasporti Neonatale da ASL VCO a CENTRO HUB X 100	Standard: 100%	In collaborazione con Rianimazione, Hub di riferimento	2,00	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore ff SOC
Dr. Michelangelo Barbaglia

DSA
Dr. Emanuela Pastorelli


I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di Sos in Staff Anno 2022 -


Psicologia	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	PP 44-PSI 01 Attività Psico-Oncologica per Breast Cancer Unit/ Altri tumori	1. Numero di richieste di consulenze/ popolazione trattata X 100/ANNO 2. Numero consulenze per Breast Cancer Unit/ Numero consulenze psico-oncologiche X 100/ anno	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2014-2021).	Con Dipsa, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte.	2,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	PP 14-GER 02 PDTA Diagnosi Precoce nelle Demenze	Valutazione neuro-psicologica di II livello con test neuro-psicologici	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2015-2021).	Con Dipsa, Geriatria, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00	
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e servizi Requisito 2.2.2 Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)	Monitoraggio PO 44-PSI 05 procedura screening, diagnosi e presa in carico delle pazienti con psicosi/depressione post-partum	* Numero di donne con screening durante il percorso nascita > 75%. *Tracciabilità del percorso assistenziale > 75%. *Numero di donne con DPP inviate dalla SOC Ostetricia e Ginecologia *Numero di donne con DPP prese in carico dal Servizio di psicologia, e dal Consultorio *Numero di donne seguite dal servizio di Psichiatria *Numero di donne nel periodo perinatale seguite dai Servizi Sociali aziendali.	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2020-2021).	Con Dipsa, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00	

Psicologia	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	31/01/2023
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e servizi Requisito 2.2.2 Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)	PO 44-PSI 04 Consulenza Psicologica nel Percorso Nascita	1. N. Consulenze effettuate/ N totale consulenze richieste X 100/ Anno 2. n. prime visite entro 7 giorni / n. Totale prime visite X 100/ Anno	1. Standard 90% Standard 80%	Con Dipsa, Ostetricia, Ginecologia, GAT, Consultorio, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	1,00	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Responsabile Sos Staff
Dr. Antonio Fajberti



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Emanuela Pastorelli



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

RADIOLOGICA	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	PESO	PESO 31.01.23
6° Criterio Accredimento Requisito 6.3.4 Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio dei PDTA	Procedura "Accertamenti radiologici in politrauma"	Applicazione procedura	Raccolta degli indicatori	Con SOC Ortotrauma, Chirurgia e dipsa	1,00	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Monitoraggio PO 49-RD 02 Procedura riordino sale diagnostiche	Raccolta e valutazioni indicatori	N° di segnalazioni raccolte nella scheda preposta (vedi allegato) conseguenti alla mancata pulizia e buon funzionamento delle sale di diagnostica. Standard > 10%	con Dipsa e UPRI	2,00	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Monitoraggio PO 49-RD 01 Procedura Esami Radiologia Convenzionale a Domicilio	Raccolta e valutazioni indicatori	dati annuali 2017-2018 non presenti in relazione. Dato 2019 pari a 95 casi domiciliari	Con Dipsa e GAT.	2,00	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	APPLICAZIONE PROCEDURA NEFROPATIE DA MDC	MONITORAGGIO INDICATORI	dati annuali 2017-2019. eseguite 148 TC su 138 pz. N. 4 casi di nefropatia trasnsitoria DIPSA	Con Soc Nefrologia e DIPSA	2,00	
(MAX 7 punti):					7,00	0,00

Direttore Soc

Dr. Roberto Tranchini

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Emanuela Pastorelli

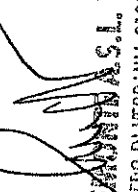
I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

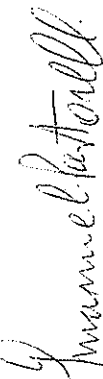
RADIOTERAPIA	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso al 31/01/23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	MONITORAGGIO APPLICAZIONE PROCEDURA ACCETTAZIONE E IDENTIFICAZIONE PAZIENTE	N° di segnalazioni di eventi conseguenti alla non corretta identificazione del paziente/N° totale trattamenti x 100 =	Standard 0%	Con Dipsa.	1,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	Monitoraggio delle procedure di simulazione e trattamento per singolo distretto anatomico.	Standardizzazione delle procedure di verifica e correzione delle incertezze (random/sistematiche) nel distretto cervico cefalico.	Pubblicazione nel sito intranet Governo Clinico	Con Fisici.	2,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	MONITORAGGIO TECNICA STEREOTASSICA GUIDATA DALLE IMMAGINI COME SOVRADOSAGGIO NELLA RT DELLE NEOPLASIE GINECOLOGICHE	Numero di casi trattati con tecnica stereotassica/totale casi candidati -	Standard Non Applicabile - confronto con anno 2018	Valutate in seguito a GIC	1,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	Applicazione PDTA Inter-aziendale Colon retto Interaziendale.	Pz con valutazione preoperatoria radioterapica/Totale pz con TCR X100	Standard 100%	Valutati in seguito a GIC trattati con RT preoperatoria	1,00	

RADIOTERAPIA	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso al 31/01/23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Programma Regionale Rischio Clinico	Messa in atto delle attività previste dal Programma Regionale Rischio Clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO.	Applicazione delle azioni di miglioramento individuato in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.	Sono state messe in le azioni correttive individuate negli Audit/RCA	2,00	
Totali (max 7 punti):						7,00

Direttore Sos Dipartimentale
Dr. Andrea Ballarè

DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Emanuela Pastorelli


D. REGIONE PIEMONTE A.S.L. VCO
P.O. REGIONALE DI VERBANIA 01000502
S.O.S. RADIOTERAPIA - 7001
Dott. Andrea BALLARÈ
0004448



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022**

SERVIZIO RRF	SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	PDTA Tumori della mammella: 1. Applicazione della procedura aziendale counselling fisioterapico 2. Attivazione fisioterapia	1. Monitoraggio indicatori 2. N° pz con attivazione FT entro 7 gg lavorativi dalla richiesta /n° tot pz con richiesta FT	1. 90% 2. 80%	In collaborazione con SOS Senologia	1,00	
1° Criterio Accredimento Istituzionale: Attivazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Riabilitazione casi SARS COV2	N° pz con PRI entro 2 gg lavorativi dalla richiesta di consulenza / N Tot. Pz con richiesta PRI x 100	≥ 90%	In collaborazione con Dipartimento Medico	2,00	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	PDTA Ictus: 1. Applicazione procedura PRI - PSR 4.3 Postacuzie e riabilitazione pag. 123-125 - DGR 27-3628 28 marzo 2012 2. Applicazione PRI	N° pz con PRI entro 5 gg lavorativi dal ricovero/ N Tot. Pz con richiesta PRI x 100 (slide n. 12 e 20 progetto Ictus)	≥ 90%	In collaborazione con Neurologia	1,00	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza	PDTA FFA	N° pz con PRI entro 24 H lavorative DALL'INTERVENTO/ N Tot. Pz con richiesta PRI x 100	≥ 90%	In collaborazione con Ortopedia	1,00	
1° Criterio Accredimento Istituzionale: Attivazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Determinazione n. 1098/2020 del 08/10/2020 Centro di I livello Ambulatoriale Periferico Multispecialistico per Incontinenza Urinaria	Monitoraggio casi in trattamento per riabilitazione perineale: % attivazione percorso riabilitazione/ricieste di consulenza	≥ 80%	In collaborazione con UROLOGIA, GINECOLOGIA, CHIRURGIA	1,00	
1° Criterio Accredimento Istituzionale: Attivazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	Gestione Disgrafia	Monitoraggio casi in trattamento per disgrafia: % attivazione percorso riabilitazione/ricieste di consulenza	≥ 80%	In collaborazione con ORL, Dietologo Neurologia	1,00	
Totali (max 7 punti):					7,00	

Direttore Soc RRF
 Dr. Silvia Rossi

DSA
 Dr. Emanuela Pastorelli

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	APPLICAZIONE PERCORSO Gestione dell'Autismo Pz Adulto	RACCOLTA E MONITORAGGIO INDICATORI DEL PDTA	Valutazioni esiti indicatori	In collaborazione con DMI, NPI, SPDC, MCU	2	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	APPLICAZIONE PERCORSO SUPPORTO A FAMIGLIE CON PAZIENTI PSICHIATRICI	RACCOLTA E MONITORAGGIO INDICATORI DEL PDTA	Valutazioni esiti indicatori. Non relazionato.	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, Dipsa. Vedere mia e-mail del 04/08/2020 e mail del 28/08/20 dr Bezzi	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	PO 09-SMT 01 Procedura gestione episodi di violenza	Applicazione e Monitoraggio procedura	Valutazioni esiti indicatori	con SERD, DiPSa, SPP, Psicologia, Dipartimenti	2	




DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	Collaborazione a MONITORAGGIO: Procedura gestione ricovero ospedaliero urgente di Paziente afferente alla SOC NPI	MONITORAGGIO INDICATORI	Valutazioni esiti indicatori. Non relazionato.	In collaborazione con NPI, Pediatria, MCU, Dipsa.	1	
Totali (max 7 punti):					7	

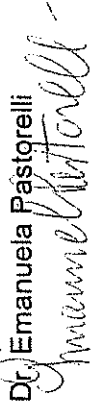
Direttore ff SOC

Dr.



Responsabile GCQARC

Dr. Emanuela Pastorelli



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di Sos Dip. SPDC Anno 2022

Criteri Accreditamento	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard	Fonte Dati	Commento	Peso	Peso 31/01/23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica Applicazione della Raccomandazione 17 Riconciliazione della farmacoterapia	Presenza nelle CC della scheda terapia allegata alla lettera di dimissione	Standard Regionale atteso > 90%	NAC-DSPO come da PO 27-0UP 07 "Gestione Documentazione Sanitaria" e CCE PHI	Messo a disposizione Refresh formazione gestito da GPI fornitore di PHI. Dato valutato dal 1° Ottobre 2022.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	REVISIONE: Procedura Gestione Contenzione Procedura Accettazione in reparto Procedura Dimissioni	Revisione delle procedure	Pubblicazione	GCQARC	Con DiPsa	3	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	MONITORAGGIO degli indicatori di processo: Procedura Gestione Contenzione Procedura Accettazione in reparto Procedura Dimissioni	DATI STATISTICI INDICATORI	100%	NAC-DSPO come da PO 27-0UP 07 "Gestione Documentazione Sanitaria" e CCE PHI	Con DiPsa	2	

Totale (max 7 punti):

7

Responsabile Sos Dip.
Dr. Emanuele Pastorelli
COORDINATORE INTERAZIONALE
STRUTTURE E SERVIZI MERITALE
S.O.S. DIPARTIMENTALE S.P.D.C.
IL RESPONSABILE
Dott.ssa ERNESTINA ZEPPELLI
04444 E.Z.

DSA

Dr. Emanuele Pastorelli

Emanuele Pastorelli

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttore di SOC SERD Anno 2022

SERD	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso	Peso 31/01/2022
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	APPLICAZIONE PP 40-SERT 02 PDTA Presa in carico minori e giovani adulti per valutazione disturbi uso sostanze	Monitoraggio e valutazione indicatori	Relazione Come da indicatori	2,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	Applicazione Percorso di Cura PP 40-SERT 01 Presa in carico pz alcolista o con patologie alcolcorrelate	Monitoraggio e valutazione indicatori	Relazione Come da indicatori	1,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni..	Applicazione PO 40-SERT 03 Verifica Assenza Tossicodipendenza nei Lavoratori a Rischio	Monitoraggio e valutazione indicatori	Relazione Come da indicatori	1,00	
"6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni.."	Applicazione PO 40-SERT 02 Verifica Assenza Alcolodipendenza nei Lavoratori a Rischio	Monitoraggio e valutazione indicatori	Relazione Come da indicatori	1,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	Applicazione PO 40-SERT 01 Inserimento in strutture residenziali accreditate pazienti con dipendenze patologiche	Monitoraggio e valutazione indicatori	Relazione Come da indicatori	2,00	
Totali (max 7 punti):				7,00	0,00

Direttore Soc
Dr.ssa Chiara Crosa Lenz

DSA
Dr. Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI SIAN	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1° Criterio Accredittamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.1.1 Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie	Promozione di un'alimentazione equilibrata e di comportamenti alimentari corretti: nello specifico miglioramento della qualità nutrizionale anche per la tutela dei soggetti allergici/intolleranti	Progetto "Come migliorare la qualità nutrizionale e la sostenibilità ambientale dell'offerta alimentare e tutelare i soggetti allergici/intolleranti"	Comunicazione sanitaria: - incontri formativi/informativi per migliorare le conoscenze e competenze degli addetti alla preparazione dei pasti nella ristorazione collettiva scolastica Documentare su ProSa le attività svolte	PLP 2022 PL 13 ALIMENTI E SALUTE: Azione 13.3 Promozione di una dieta alimentare sana ed equilibrata	7	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore SOC

Dr. Daniela Baldassari

DSA

Dr.ssa Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi Direttore SOC SISP Anno 2022**

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI SISP	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriata Qualità clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza Programma Regionale Rischio Clinico Azione 12 analisi a priori dei percorsi a rischio Applicazione Raccomandazione n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Percorso del farmaco e identificazione del paziente nel processo vaccinale	Monitoraggio della procedura PO 03-FARM 14 per la segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini (adverse drug reaction – ADR) e della procedura PO 03-FARM 06 Procedura gestione clinica farmaci REV2020	Trasmissione dati statistici anno 2022 reazione avverse a vaccini e segnalazione eventi avversi /potenzialmente avversi correlati alla somministrazione di altri farmaci alla UGRG	In collaborazione con DSPO e SOC Farmacia implementazione azioni di miglioramento su criticità rilevate nei diversi percorsi a rischio	7	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore ff SOC
Dr. Giuseppe Scuto

DSA
Dr.ssa Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi ACCREDITAMENTO SIMT Anno 2022**

OBIETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVI SPECIFICI SIMT	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 12 Obiettivo 1. Monitoraggio della implementazione e del corretto funzionamento del COBUS di cui all'Accordo Stato Regioni del 21/12/2017.	Documentazione da parte dell'ASR (verbale di costituzione, verbali di incontri, ecc.) dell'istituzione del COBUS in accordo a quanto previsto dall'ACSR 21/12/2017.	Presenza di almeno due verbali/anno del COBUS con evidenza della partecipazione anche dei referenti delle strutture private convenzionate con i SIMT dell'ASR.	Relazione con evidenza di eventuali azioni correttive entro gennaio 2023	1	
	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 12 Obiettivo 1. Monitoraggio della implementazione e del corretto funzionamento del COBUS di cui all'Accordo Stato Regioni del 21/12/2017.	Presenza nella ASR di modalità informatiche per la gestione delle richieste trasfusionali o di adeguate modalità per la riduzione degli eventi avversi trasfusionali a fronte di attività di analisi del rischio con metodiche consolidate e documentate.	Presenza delle previste modalità informatiche o di modalità alternative per la riduzione del rischio trasfusionale, sviluppate sulla base di analisi del rischio adeguate.	Relazione con evidenza di eventuali azioni correttive entro gennaio 2023	2	
	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 12 Obiettivo 2. Monitoraggio, da parte delle ASL, della corretta applicazione della pratica trasfusionale nei reparti, con particolare riguardo alle modalità per ridurre gli eventi avversi trasfusionali (corretta identificazione del paziente/ricovero ed utilizzo di stringhe identificative), comprensiva anche delle indicazioni per l'implementazione di percorsi di PBM aziendali.	Report aziendale sugli audit clinici nei reparti.	Presenza di almeno due audit clinici/anno selezionando i reparti a maggiore consumo di emocomponenti. Implementazione percorsi PBM Aziendali.	Relazione con evidenza di eventuali azioni correttive entro gennaio 2023	2	
6° Criterio Accredimento Istituzionale: Appropriata clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico						

OBIETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVI SPECIFICI SIMT	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatazza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività e Programma Regionale Rischio Clinico	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 12 Obiettivo 2. Monitoraggio, da parte delle ASL, della corretta applicazione della pratica trasfusionale nei reparti, con particolare riguardo alle modalità per ridurre gli eventi avversi trasfusionali (corretta identificazione del paziente/ricevente ed utilizzo di stringhe identificative), comprensiva anche delle indicazioni per l'implementazione di percorsi di PBM aziendali.	Presenza di procedure per la corretta identificazione del paziente comprensiva dell'utilizzo della stringa identificativa del candidato a trasfusione.	Presenza ed evidenza della diffusione ai reparti utilizzatori, comprese le strutture private accreditate, delle procedure previste.	Relazione con evidenza di eventuali azioni correttive entro gennaio 2023	2	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore SOSD

Dr. Leonardo Ruscitto



Direttore Sanitario Aziendale

Dr. Emanuela Pastorelli



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI SPRESAL	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.1.1 Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie	Buone Pratiche della Rete WHP Piemonte	Indagine Conoscitiva del vissuto emotivo degli operatori sanitari in post-emergenza Covid-19	Monitoraggio Sportello di supporto psicologico per i dipendenti	PLP Programma 3 Luoghi di lavoro che promuovono salute Comunità e ambienti di lavoro in collaborazione con Servizio di Psicologia	7	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore SOC
Dr. Giorgio Garbarotto

DSA
Dr.ssa Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI VETERINARIO AREA A	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.1.1 Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie	Tutela della sanità animale per promuovere la salute umana e sviluppare un corretto rapporto uomo animale e ambiente - Adeguamento e miglioramento dell'efficienza delle attività amministrative dell'UAV, in particolare dei processi di gestione dei diritti sanitari	Applicazione del D.Lvo 2 febbraio 2021 N°32	predisposizione del nuovo tariffario adeguato al D.Lvo 2 febbraio 2021 N°32; predisposizione di un adeguato sistema di incassi concordato con l'ufficio Ragioneria della ASL; predisposizione e diffusione di note informative interne ed adeguamento alle nuove tariffe	Il D.L.vo 32 cambia profondamente la gestione dei diritti sanitari prodotti dalla Sanità animale; i diritti prodotti diventano oggetto di ripartizione tra ASL, Regione, Istituti Zooprofilattici, laboratori nazionali, Ministero della Salute	7	
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Direttore SOC
Dr. Germano Cassina

Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOSD SVET B Anno 2022

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI VETERINARIO AREA B	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.1.1 Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie	Tutela della salute del consumatore, implementazione della sicurezza alimentare attraverso l'igiene della Produzione, Trasformazione e Trasporto degli alimenti di Origine Animale	ATTUAZIONE DEI CAMPIONAMENTI PREVISTI ALLA MACELLAZIONE PER IL 2022 DEL PIANO NAZIONALE RESIDUI	Azione 10.3 Sorveglianza e Monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (negli animali destinati alla produzione degli alimenti)	PRP Programma 10 Misure per il contrasto dell'antibiotico-resistenza	7	
Totali (max 7 punti):					P 7,00	0,00

Direttore SOSD

Dr. Raffaele Papillo

REGIONE PIEMONTE-ALBA
 DIRETTORE SOSD

SERVIZIO VETERINARIO AREA B

Dott. Raffaele PAPILLO


Direttore Sanitario Aziendale

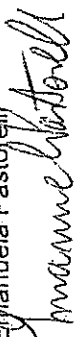
Dr. Emanuela Pastorelli

Emanuela Pastorelli

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi ACCREDITAMENTO Responsabili di SOSD Anno 2022

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI VETERINARIO AREA C	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1° Criterio Accredittamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 1.1.1 Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie	Tutela della salute del consumatore, implementazione della sicurezza alimentare attraverso l'igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootechniche.	ATTUAZIONE DEI CAMPIONAMENTI PREVISTI IN ALLEVAMENTO PER IL 2022 DEL PIANO NAZIONALE RESIDUI	Azione 10.9 Sorveglianza e Monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (negli animali destinati alla produzione di alimenti)	PLP Programma 10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza	7	
Totali (max 15 punti):					7,00	0,00


 Direttore SOSD
 Pierandrea Polle Ansaldo

Direttore Sanitario Aziendale
 Dott.ssa Emanuela Pastorelli


IAS Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico

FUNZIONE Medico Competente	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 31.01.23
3° Criterio Accreditamento Istituzionale Prestazioni e Servizi Requisito 3.1.3 Aspetti Strutturali Azione 13 PPRC Sviluppo dei SGLS nelle ASR	Mantenimento sistema di monitoraggio sulla idoneità delle strutture	Monitoraggio dei dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi	Reportistica sopraluoghi e formazione effettuati	In collaborazione con SPP e Formazione	7,00	
					7,00	0,00

Responsabile Funzione

Dr Roberto Maglio

GCQARC

Dr Emanuela Pastorelli

Emanuela Pastorelli