



**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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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/Funzionario: 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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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.

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC ANATOMIA PATHOLOGICA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
						à controllo	
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1c - 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 tempestività regionale e della correttezza dei flussi	Aumento produzione	2022>2019	CG	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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	5
Privacy		Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Conclusione corso FAD	100%	R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
		Direttore Soc Anatomia Patologica Dr.ssa Monica Leutner	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	

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

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Pos.
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitento 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 temistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  SDO non validate da CSI	< 2%  < 2%	CG	Semestre Mensile	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	2d. Effettuazione della visita anestesiologica in paziente con frattura di femore  Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	Tempo effettuazione visita: entro 8 ore da ingresso in PS	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile Annuale	
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	95%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
		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 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	100%	ss Formazione R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
		Direttore Soc Anestesia e Rianimazione Direttore Dipartimento Patologie Chirurgiche Dott. Carlo Maestroni	Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
		Direttore Generale Dr.ssa Chiara Ferrieri					

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOSD ATTIVITÀ CONSULTORIALE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	<p>1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.</p> <p>1b – Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)</p>	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regionale	Semestre	50	
2 Azioni strategiche aziendali	<p>2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi</p> <p>2b. Progetto telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina</p>	<p>Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate</p> <p>Prestazioni in telemedicina</p>	<p>2022&gt;2019 &lt; 2%</p> <p>&gt;2021</p>	<p>CG</p> <p>ss</p>	<p>Semestre</p> <p>Semestrale</p>	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.	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	
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).</p> <p>Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.</p>	<p>Relazione</p> <p>Conclusione corso FAD</p> <p>Dichiarazione di assolvimento obbligo</p> <p>Conclusione corso</p>	<p>Semestrale</p> <p>100%</p> <p>Semestrale</p> <p>100%</p>	<p>R.P.C.T.</p> <p>ss Organici</p>	<p>Semestre</p> <p>Annuale</p> <p>Semestrale</p> <p>Annuale</p>	5
	Direttore Sosd Attività Consultoriale Dr.ssa Laura Minioni	Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri				



SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC CHIRURGIA VERBANIA

		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonete dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale 2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% di recupero al 31.12.2022 Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	>2019 2022>2019 < 2%	CG CG CG	CG CG CG	Semestre Semestre Semestre	
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</u>	Rispetto requisi/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	CC.Q.A. RC	Semestre	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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.	Conclusione corsi FAD Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100%	Semestrale Semestrale SS Organici 100% Colli/CS	R.P.C.T. R.P.C.T. SS Organici Colli/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5 5
		Direttore Soc Chirurgia Verbania Dr. Sandro Zonta	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri					

Direttore Soc Chirurgia Verbania

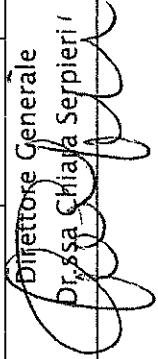
Dr. Sandro Zonta

Dirigente Generale  
Dr. Isabella Sérpieri

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC CHIRURGIA DOMODOSSOLA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	<p><b>1a</b> Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.</p> <p><b>1b</b> - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.</p> <p><b>1c</b> - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale</p>	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		<b>2a.</b> Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
		<b>2b.</b> Errori SDO con effetto contabile.	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
		<b>2c.</b> Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CC	Semestre	
			SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	30
			Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	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	<b>4a</b> 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
		<b>4b</b> 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	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza	<b>5a</b> Colaborazione 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
	Privacy	<b>5b</b> 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 Organici Coll/CS	Semestre	
		<b>Conclusione corso</b>	100%			Annuale	
		Direttore Soc Chirurgia Domodossola Dr. Sandro Zonta					
		Direttore Generale Dra.ssa Chiara Scopieri					

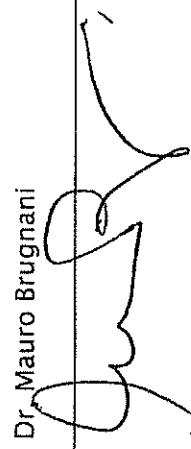
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOSD DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Ia Messa in atto delle azioni di competenza perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione Generale per l'anno 2022.	finalizzate al Rinvio Indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regionale	Semestre	50	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestività regionale e della correttezza dei flussi aziendali	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CC	Semestre	30	
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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 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).	Relazione	31.12.22	SS PP/ ss Tecnico	Annuale	8	
5 Prevenzione/ 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.  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.	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organici Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5	
Direttore Sosd Day Surgery Multidisciplinare Dr. Fabio De Cesare		Direttore Generale Dra.ssa Chiara Serpieri	 				

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA

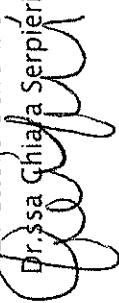
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1b - Attività produttiva ambulatoriale	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi  2b. Recupero liste attesa: rinvio a Piano Straordinario	Aumento produzione	2022>2019	CG	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)	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CC	Semestre	30
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.	Conclusione corsi	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 corso FAD	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico Formazione	Annuale Annuale	8
		Direttore Sod Dietologia e Nutrizione Clinica  Dr. Mauro Brugnani	Conclusione corso	Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	5

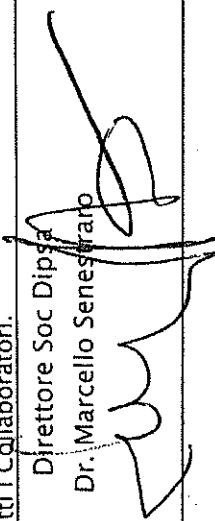
Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri  


  
 Direttore Sod Dietologia e Nutrizione Clinica  
 Dr. Mauro Brugnani

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC DIPSA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
	Obiettivi	strategici					
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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	<p>2a. Rispetto dei contenuti e della tempestività di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza.</p> <p>2b. Collaborazione alla messa in atto di azioni volte al recupero delle liste di attesa.</p> <p>2c. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19 adempimenti</p> <p>2d. Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: Messa in atto azioni PLC e rispetto tempestiva.</p>	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre	30
			Relazione	31.12.22	DSA	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.R C	Semestre	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>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.</p> <p>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.</p>	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Conclusione corsi</p> <p>Relazione</p> <p>Conclusione corso FAD</p> <p>Dichiarazione di assolvimento obbligo</p> <p>Conclusione corso</p>	<p>100%</p> <p>Semestrale</p> <p>100%</p> <p>Semestrale</p> <p>100%</p>	<p>ss Formazione</p> <p>R.P.C.T.</p> <p>ss Organici Coll/CS</p>	<p>Annuale</p> <p>Semestre</p> <p>Annuale</p> <p>Semestre</p> <p>Annuale</p>	<p>5</p> <p>5</p>

Direttore Generale  
Dr. Chiara Serpieri  


Direttore Soc Dipsa  
Dr. Marcello Senesario  


## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC DISTRETTO

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonete dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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.  2b Progetto Telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina (cure palliative)	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	5
	2c. Gestione operativa P.N.R.R. e rendicontazione sulla piattaforma Regis per la parte di competenza	Prestazioni in telemedicina	>2021	ICT	Annuale	5
	2d. Adempimenti di cui alla DCR n. 725/AI 400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicità.	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/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%	CC.Q.A.R C	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 simil) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Semestrale	5
	Direttore Soc Distretto VCO  Dr. Paolo Borgotti	Relazione	31.12.22	R.P.C.T.	Annuale	5
		Conclusione corso FAD	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre	5
		Dichiarazione di assolvimento obbligo	100%		Annuale	5
		Conclusione corso				

Direttore Generale  
Dra. Chiara Serpieri



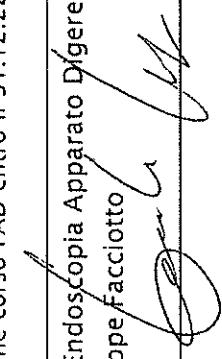
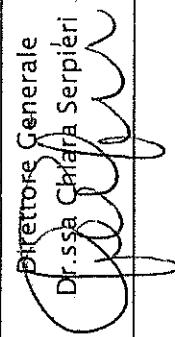
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC DSO

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Rinvio Report Regione	Semestre Semestre	50	
2 Azioni strategiche aziendali	<p>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.</p> <p>2b Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19</p> <p>2c.Collaborazione alla messa in atto di azioni volte al recupero delle liste di attesa</p> <p>2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicità</p>	Supporto/Reportistica	Relazione almeno semestrale	CG	Semestre Semestre	30
	<p>2f.Monitoraggio degli interventi chirurgici, accessi in PS per fratture di femore ed esame delle cause di mancata effettuazione interventi chirurgici</p> <p>Mantenimento dei requisiti previstiti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico.  <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i></p>	Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	Monitoraggio	100%	Funzione PPSI	Annuale Annuale
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico		Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	CG	GC.Q.A. RC	Semestre Semestre	7
4 Salute e sicurezza sul lavoro	<p>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.</p> <p>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 simili) anche da parte di tutti i Collaboratori.</p>	Relazione	100%	ss Formazione	Annuale Annuale	8
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).</p> <p>Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.</p>	Conclusione corso FAD	Conclusione corsi	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre Annuale
	Direttore Soc DSO	Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre Annuale	5
	<i>Dr.ssa Orietta Ossoia Natalia De Luca</i>					1
	<i>Dr.ssa Chiara Serpieri</i>					

# SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore			Periodicità controllo	Peso
		Standard	Fonte dati	Rinvio standard regionali		
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1c – Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Rinvio indicatori regionali	Report Regione	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	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  Prestazioni in telemedicina	< 2%  >2021	CC  CG	Semestre  Annuale	30
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica  aggiornamento Piano Locale Cronicità  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	Funzione. PPSI  Semestre	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 dai Dirigenti 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
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza	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	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.	Conclusione corso FAD  Dichiarazione di assolvimento obbligo  Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	
	Direttore Sosd Endocrinologia e Diabetologia  Dr. Giuseppe Placentino	Direttore Generale  Dra Chiara Serpieri				1

# SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - Sosd ENDOSCOPIA APPARATO DIGERENTE

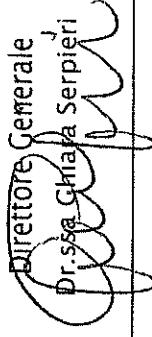
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1c - Attività produttiva 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 temistica regionale e della correttezza dei flussi  2c Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  % di recupero al 31.12.22	2022>19 < 2%  >2019	CG CG	Semestre 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.R C	Semestre 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 dai Dirigenti 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  Conclusioni corsi	31.12.22 100%	ss PP/ ss Tecnico Formazione	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  Conclusioni corso FAD  Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusioni corso	Semestrale 100%	R.P.C.T. ss Organici Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5
		Direttore Sosd Endoscopia Apparato Digerente Dr. Giuseppe Facciotti					

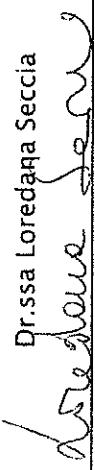
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC FARMACIA

	<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Obiettivi operativi</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Fonte dati</b>	<b>Periodicità controllo</b>	<b>Peso</b>
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	<p><b>2a. Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza</b></p> <p><b>2b. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19</b></p>	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	<p><b>2c Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A140A del 2.5.22: Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica aggiornamento Piano Locale Cronicità</b></p> <p>Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si invia alla scheda di dettaglio)</u></p>	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	Funzione PPSI	Annuale	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	<p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p>	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p><b>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.</b></p> <p><b>5b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE N.679/16).</b></p> <p>Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.</p>	<p>Conclusione corsi</p> <p>Conclusione corso FAD</p> <p>Conclusione corso FAD</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>ss Formazione</p> <p>Semestrale</p> <p>R.P.C.T.</p>	<p>Annuale</p> <p>Semestre</p> <p>Annuale</p>	5
		Direttore ff Soc Farmacia Dr.ssa Anna Pingitore	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri				

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - Sosd GERIATRIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1c - Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regionale	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi  2b. Progetto Telemedicina incremento prestazioni gestite in telemedicina  2c Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  Prestazioni in telemedicina	< 2%  >2021	CG  ss Organici Coll/CS	Semestre  Annuale	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	2d Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicità	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	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 tempestiva	100%	Funzione. PPSI  C	Annuale	
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	3 Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico.  (Si rinvia alla scheda di dettaglio)  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.  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.	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A.R C	Semestre	7
		Responsible ff Sosd Geriatria  Dr.ssa Loredana Seccia	Relazione  Conclusione corsi  Conclusione corsi  Relazione  Conclusione corsi  Relazione  Conclusione corso FAD  Dichiarazione di assolvimento obbligo  Conclusione corso	31.12.22  100%  100%  31.12.22  100%  100%	ss PP/ ss Tecnico  Formazione  R.P.C.T.  Semestrale  e  Semestrale  ss Organici Coll/CS  100%	Annuale  Annuale  Annuale  Annuale  Semestre  Annuale	8  8  5

  
 Dr. ssa Chiara Serpieri  
 Direttore Generale

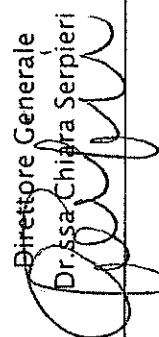
  
 Dr. ssa Loredana Seccia

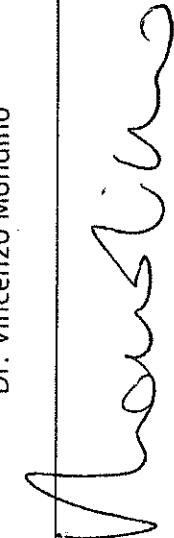
SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC LABORATORIO ANALISI E DIPARTIMENTI

1

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

	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.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regione	Semestre	50	
		1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile.	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	SDO non validate da CSI	< 2%	CG	Mensile	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%	CC.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	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 UE N.679/16). Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi Relazione Conclusione corso FAD	100% Semestrale	ss Formazione R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
		Direttore Soc Malattie Infettive e Tropicali Dr. Vincenzo Mondino	Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS	Semestre Annuale	

Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri  




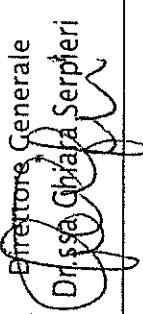
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD MEDICINA LEGALE

		Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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 tempestività di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempestività	100%	ss Organici 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	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
		Direttore ff Sosd Medicina Legale Dr. Attilio Rigotti	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
			Conclusione corso FAD	100%		Annuale	
			Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organici Coll/CS	Semestre	
			Conclusione corso	100%		Annuale	

Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri  


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

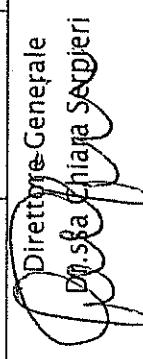
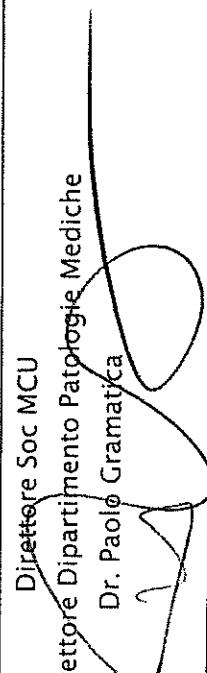

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonre dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1b - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Rinvio indicatori regionali standard 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. 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	2022>2019 < 2%  < 2%	CG CG	Semestre	30
2d	Progetto Telemedicina: Individuazione di almeno 1 prestazione in telemedicina	Prestazioni in telemedicina	Almeno 1	ICT	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.  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	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.	Conclusione corsi FAD Relazione	100%	ss Formazione	Semestrale	5
		Direttore sostituto Soc Medicina Interna Domodossola  Dr. Egidio de Gaudenzi 	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo  Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre Annuale	
							

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC MEDICINA INTERNA VERBANIA

	Obiettivi strategici	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regionale	Semestre
	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	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	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	< 2% < 2% Entro 7 gg da dimissione	CG CG CG	Semestre Mensile Mensile
	2d. Progetto Telemedicina: Individuazione di almeno 1 prestazione in telemedicina 2e. Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: aggiornamento Piano Locale Cronicità	Prestazione in telemedicina Messa in atto azioni PLC e rispetto tempistica	Almeno 1	ICT Funzione PPSI	Annuale Annuale	
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	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	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	100%	ss Formazione R.P.C.T.	Annuale Semestre Semestre 5
	NACCETTO NOTE (VETTA E TRO)	Direttore Socie Medicina Interna Verbania PRESIDENTE DIRETTORE SOCIE MEDICINA INTERNA VERBANIA 2602 S.C. MEDICINA INTERNA VERBANIA Dott. FABIO STEFANO 000179	Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri 1			

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022: SOC MCU E DIPARTIMENTALI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonente 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	<p>2a. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19</p> <p>2b. Permanenza in PS dei pazienti con frattura di femore</p> <p>2c. Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid-19</p>	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	Tempestività e correttezza adempimenti	>80%	CC	Annuale	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>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.</p> <p>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.</p>	Relazione	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	7
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>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.</p>	Conclusione corsi FAD	100%	ss Formazione Tecnico	Annuale	8
		Direttore Soc MCU Direttore Dipartimento Patologie Mediche Dr. Paolo Grammatica	Conclusione corso FAD	100%	R.P.C.T.	Semestre	5
			Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Semestre	
			Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC NEUROLOGIA

		Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
	<b>Obiettivi strategici</b>	Obiettivi operativi				
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 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
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre
		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
		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
			Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	7
4	Salute e sicurezza sul lavoro	4a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.	Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in tema di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.		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 smj) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	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	R.P.C.T.	Semestre
	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	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale
		Direttore Soc Neurologia Dr.ssa Patrizia Julita	Julita Sotgiu		Direttore Generale Ditta Chiara Serpieri	1

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC NEFROLOGIA E DIALISI

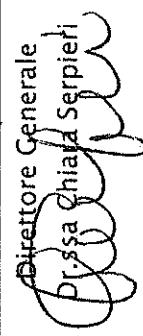
		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Report Regionale	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	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG		Semestre	
		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 temistica	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. <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	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 smj) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione		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	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 Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organi Coll/CS		Semestre	
		Direttore Soc Nefrologia e Dialisi.	Dr. Maurizio Borzumati	~	Dr. Chiara Serpieri	~		1

## 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 perseguitamento 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)	Controllo di Gestione	Mensile	25
		massimo di errore 2%				
	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%	Organici/C/CS	Semestrale	25
3 Governo clinic/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	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
4 Salute e sicurezza lavoro	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. 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.	Relazione	31.12.21	ss PP / ss Tecnico	Semestrale	5
5 Prevenzione corruzione/ trasparenza/priva cy	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) 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.	Partecipazione corsi	100%	ss Formazione	Semestrale	5
	Direttore Soc Neuropsichiatria Infantile Dr.ssa Stefania Vozza	Relazione	31.12.21	R.P.C.T.	Semestrale	5
		Nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati	100%	ss Organici/C/CS	Semestrale	
					Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri	

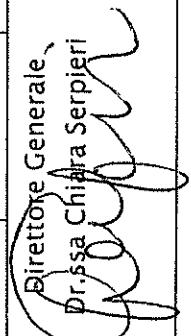
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC OCULISTICA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a. Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguitamento 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 Rinvio standard regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale  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	% di recupero al 31.12.22 Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	>2019 2022>2019 < 2% < 2%	CG CG CG CG	Semestre Semestre Semestre Mensile Mensile	5 30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico.  <u>(Si rinvia alla 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 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	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: nominare 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 corsi Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100%	ss Formazio ne	Annuale Semestrale Semestrale Organici Coll./CS	8 5
		Direttore Soc Oculistica Dr. Romolo Protti 	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri 				1

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC ONCOLOGIA

		Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi				
1	Obiettivi Regionali	1a. Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1b - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CC	Semestre
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CC	Semestre
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CC	Mensile
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CC	Mensile
						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%	CC.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.  (Si rinvia alla scheda di dettaglio)	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
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%	R.P.C.T.  Semestrale  100%	Semestre  Annuale  Semestre  Annuale
		Direttore Soc Oncologia Dr. Mario Franchini				
						

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC ORL

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali standard 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	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestività regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile.	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	<2%	CG	Semestre	
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	SDO non validate da CSI	<2%	CG	Mensile	30
			Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	
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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
			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.  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	Semestrale 100%	R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
			Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	Semestrale 100%	ss Organici CS	Semestre Annuale	
			Direttore Soc ORL Dr. Ruggero Guglielmetti				
							

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA

		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
		1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CC	Semestre	Semestre	
	2 Azioni strategiche aziendali	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CC	Semestre	Semestre	
		2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CC	Semestre	Semestre	
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validate da CSI	< 2%	CC	Mensile	Mensile	30
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CC	Mensile	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° recoveri con diagnosi ff	Tasso Aggiustato. >70%	CC	Annuale	Annuale	
	3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</u>	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	CC.Q.A. RC	Semestre	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	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			
	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.	Annuale	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 Organici Coll/CS	Annuale	Semestre	
		Direttore Soc Ortopedia e Traumatologia Dr. Andrea Reggiori					Direttore Generale Dott.ssa Chiara Serpieri	1

**SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA**

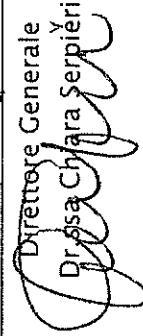
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso controllo
1 Obiettivi Regionali	<p>1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.</p> <p>1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.</p> <p>1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale</p> <p>2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempiistica regionale e della correttezza dei flussi</p> <p>2b. Errori SDO con effetto contabile.</p> <p>2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente</p> <p>2d. Effettuazione interventi di femore entro 48 ore dal ricovero o dall'ingresso in PS</p>	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2 Azioni strategiche aziendali	<p>Aumento produzione</p> <p>% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate</p> <p>SDO non validate da CSI</p> <p>Chiusura SDO</p> <p>Entro 7 gg da dimissione</p> <p>Tasso Aggiustato. &gt;70%</p> <p>N° ricoveri frattura femore operati entro 48 ore / N° ricoveri con diagnosi ff</p>	>2%	>2%	CG	Semestre	30
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatazza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Azendale 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	
5 Prevenzione/ corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Relazione</p> <p>Conclusione corso FAD</p> <p>Dichiarazione di assolvimento obbligo</p> <p>Conclusione corso</p>	<p>Semestrale</p> <p>100%</p> <p>Semestrale</p> <p>100%</p>	<p>R.P.C.T.</p> <p>ss Organici Coll/CS</p>	<p>Semestre</p> <p>Annuale</p> <p>Semestre</p> <p>Annuale</p>	5
	Direttore ff Soc Ortopedia e Traumatologia Dr.ssa Coretta Sapienza	<i>C. Sapienza</i>			Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri	<i>Chiara Serpieri</i>

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

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.  1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Rinvio indicatori regionali  % di recupero al 31.12.22  Aumento produzione	Rinvio standard regionali  >2019  2022>2019	Report Regione  Sem.	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della tempestività regionale e della correttezza dei flussi  2b. Errori SDO con effetto contabile.  2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  SDO non validate da CSI  Chiatura SDO  N° parti con cesareo primario x 100 N° parti con nessun pregresso cesareo	< 2%  Entro 7 gg da dimissione  TA <= 15%  100%	CG  CG  Mens.  Mens.  Annuo	30
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  Formazione	Annuo  Annuo
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%	R.P.C.T.  Semestrale  100%	Annuo  Annuo
		<i>Direttore Soc Osteria e Ginecologia Direttore Dipartimento Area Materno/infantile Dr. Alberto Arduini</i>	<i>Direttore Generale Drs.ssa Chiara Serpieri</i>			

\* vedi commenti

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC PEDIATRIA

		Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	La Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	
		2b. Errori SDO con effetto contabile.	SDO non validato da CSI	< 2%	CG	Mensile	
		2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	Chiusura SDO	Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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 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. <u>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</u>	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	
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 Organici CS	Annuale	
		Direttore ff Soc Pediatria Dr. Michelangelo Barbaglia					
							

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS IN STAFF PSICOLOGIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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 standard regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi  2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario  2c. Progetto telemedicina: incremento prestazioni gestite in telemedicina	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  % di recupero al 31.12.2022  Prestazioni in telemedicina	< 2%  >2019  >2021	CG  CG  Prestazioni in telemedicina	Semestre  Semestre  Anuale	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  Organici Coll/CS	Semestre  Anuale	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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Anuale  Anuale	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.	Conclusione corsi  Conclusione corsi FAD  Conclusione corso	100%  100%	ss Formazione  R.P.C.T.  Semestrale  Semestrale  100%	Formazione  Anuale  Anuale  Anuale	5
		Direttore SOS in staff Psicologia  Dr. Antonio Filiberti	Direttore Generale  Dra.ssa Chiara Serpieri				1

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC RADIOLOGIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonente dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	<p>1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.</p> <p>1b - Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)</p>	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	<p>2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi</p> <p>2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario</p>	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate % di recupero al 31.12.2022	2022>2019 < 2%	CG CG	Semestre Semestre	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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	<p>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.</p> <p>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.</p>	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>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.</p>	Conclusione corsi Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100%	ss Formazione	Semestrale R.P.C.T. Semestrale ss Organi Coll/CS	5
		Direttore Soc Radiologia Dr. Roberto Tranchini				Direttore Generale Dra Chiara Serpieri	

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC RADIOTERAPIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonter dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	<p>1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.</p> <p>1b - Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)</p>	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
2	Azioni strategiche aziendali	<p>2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi</p> <p>2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario</p>	Aumento produzione % prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	2022>2019 < 2%	CG	Semestre	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</u>	% di recupero al 31.12.2022	>2019	CG	Semestre	
4	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>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.</p> <p>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.</p>	Relazione	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>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.</p>	Conclusione corsi FAD	100%	ss Formazione	Annuale	5
		Direttore Sos Radioterapia Dr. Andrea Ballarè	Direttore Generale Dr. Chiara Serpieri				

**REGIONE PIEMONTE A.S.I. VCO**  
 PRESIDIO OSPEDALE DI VERBANIA 01000502  
 S.O.S. RADIOTERAPIA - 7001  
 Dott. Andrea BALLARE'  
 004448

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
		1c - Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>2019	CG	CG	Semestre	
2	Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi  2b Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario liste di attesa	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate  % di recupero al 31.12.2022	< 2%  >2019	CG	CG	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	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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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	100%	ss Formazione	Annuale	Annuale	5
		Direttore Soc RRF D.ssa Silvia Rossi	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri	Semestrale	R.P.C.T.	Semestrale	Semestrale	
				100%	100%	100%	100%	
				Annuale	Annuale	Annuale	Annuale	

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SERD

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.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1c – Attività produttiva ambulatoriale (si rinvia alla tabella allegata)	Aumento produzione	2022>2019	CC	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
		2b. Partecipazione campagna di screening delle infezioni da virus epatite C (HCV)	Messa in atto azioni	100%	Sisp	Annuale
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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
		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
		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	8
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
		5b. Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16).	Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo	100%	ss Organici Coll/CS	5
		Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso	100%	Annuale	
5	Prevenzione/ trasparenza	Direttore Soc SERD Dr.ssa Chiara Crossa Lenz				

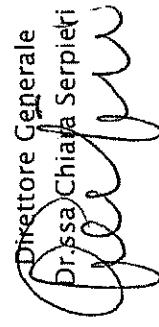
  
DIRETTORE GENERALE  
Dr.ssa Chiara Serpieri

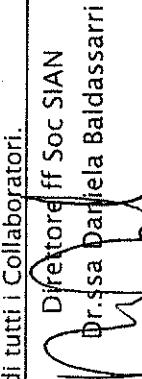
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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 temistica regionale e della correttezza dei flussi	Aumento produzione	2022>2019	CG	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)	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	5a Collaborazione 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.	Conclusione corsi FAD	100%	ss Formazione	Annuale	5
	Direttore sostituto Dr. Angelo Mazza	Direttore Generale Dr. Chiara Serpieri					

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SIAN

		Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi già 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	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 Organici	Coli/CS	Semestre	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico.  <i>(Si rinvia alla scheda di dettaglio)</i>	Rispetto requisiti/azioni miglioramento, come da Programma Aziendale di Miglioramento, e Programma Regionale Rischio Clinico	100%	GC.Q.A. RC	Semestre	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	ss pp/ ss Tecnico	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	100%	ss Formazione	Semestrale	Semestrale	5
	Privacy		Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	R.P.C.T.	Annuale	Annuale	

Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri  


Direttore Soc SIAN  
 Dr.ssa Daniela Baldassarri  


*Si allega anche un relazione interiore*

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOC SIMT

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.  1c - 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 tempestica regionale e della correttezza dei flussi	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	
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)	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate	< 2%	CG	Semestre	30
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	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
		Direttore Sosd SIMT Dr. Leonardo Rusutto	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
			Conclusione corso FAD	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	
		Direttore Generale Dra.ssa Chiara Serpieri	Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organici Coll/CS	Semestre	
			Conclusione corso	100%	Annuale		

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC SISP

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi già 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 tempestica 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	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.  <u>(Si rinvia alla 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 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	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.	Conclusione corsi FAD Conclusione corso FAD Conclusione corso	100% 100%	ss Formazione R.P.C.T. Organici Coll/CS	Semestre Annuale Semestre Annuale	5
		Direttore ff Soc SISP Dr. Giuseppe Scutò	Direttore Generale Dr. ssa Chiara Serpieri				

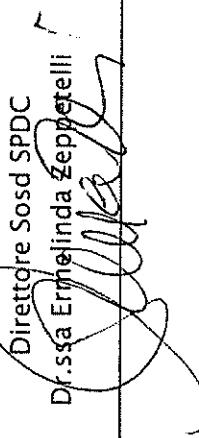
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD SPDC

	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.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	50
		1b - Attività 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 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	< 2% < 2% Entro 7 gg da dimissione	CG CG CG	Semestre Mensile Mensile	
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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 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	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.	Conclusione corsi Relazione Conclusione corso FAD	100% Semestrale 100%	ss Formazione R.P.C.T.	Semestrale Annuale	5

Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri



Direttore Sosd SPDC  
 Dr.ssa Ermelinda Zepetelli



## SCHEMA OBIETTIVI ANNO 2022: SOC SPRESAL E DIPARTIMENTALI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
						controllo	
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regionale	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. <u>(Si rinvia alla 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 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 sm) 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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	
		Direttore Soc SPRESAL Direttore Dipartimento di Prevenzione Dr Giorgio Gambarotto	Direttore Generale, Pr.ssa Chiara Serpieri	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
				Semestrale	ss Organi Coll/CS	Semestre	
				100%		Annuale	

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC UROLOGIA

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali standard regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	Semestre	50
	1b - Recupero liste di attesa: rinvio a Piano straordinario.	% di recupero al 31.12.22	>2019	CG	Semestre	Semestre	
	1c - Attività produttiva ospedaliera e ambulatoriale	Aumento produzione	2022>2019	CG	Semestre	Semestre	
2 Azioni strategiche aziendali	2a. Rendicontazione della produzione Specialistica nel rispetto della temistica regionale e della correttezza dei flussi 2b. Errori SDO con effetto contabile. 2c. Tempi di chiusura delle SDO dalla dimissione del paziente	% prestazioni specialistiche inviate in ritardo e/o errate SDO non validate da CSI Chiusura SDO	< 2% < 2% Entro 7 gg da dimissione	CG	Mensile	Mensile	30
3 Governo clinico/Qualità/ Appropriatezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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	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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.	Conclusione corsi Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100% 100%	ss Formazione R.P.C.T.	Semestrale Semestrale Semestrale	Semestrale Annuale Annuale	5
Privacy	Direttore Soc Urologia Dr. Danilo Centrella	Direttore Generale Dr. ssa Chiara Sappieri					

18/12/22 Accettato 2022-2023 Soc Urologia  
Cittadella 2022-2023

## SCHEMA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC VETERINARIO AREA A

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi già assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022 riferiti ai Piani Locali della prevenzione ed ai Prisa (si allegano).	Rinvio indicatori regionali standard 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 Cronicità	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organici 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. <u>(Si rinvia alla 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 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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.  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 corsi FAD	100%	ss Formazio ne	Annuale	8
Privacy			Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Annuale	5
			Conclusione corso FAD	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	
			Dichiarazione di assolvimento obbligo	Semestrale	ss Organici Coll/CS	Semestre	
			Conclusione corso	100%		Annuale	
			Direttore Soc VETERINARIO AREA A Dr. Germano Cassina <i>Germano Cassina</i>				
			Direttore Generale D.ssa Chiara Serpieri <i>Chiara Serpieri</i>				

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD VETERINARIO AREA B

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi già 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 Organici 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%	CC.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 smj) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	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	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 Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	

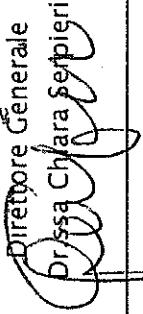
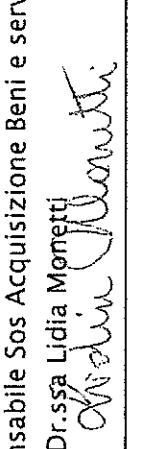
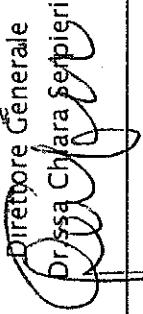
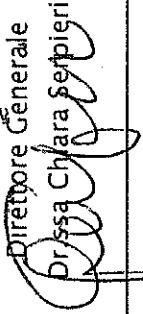
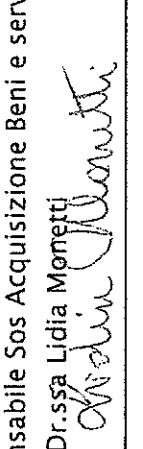
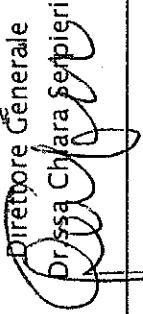
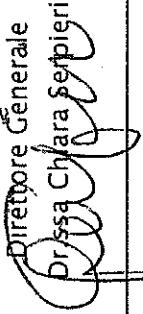
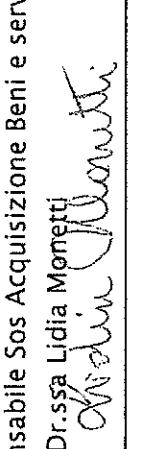
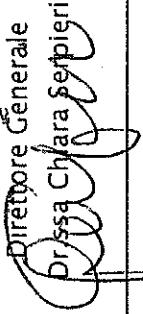
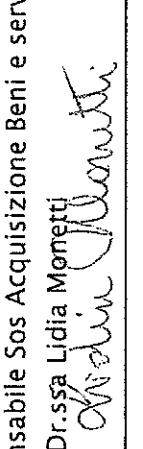
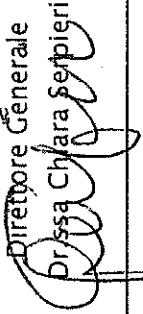
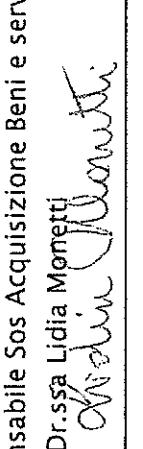
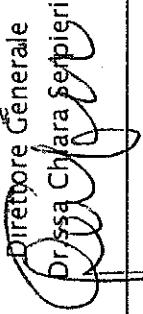
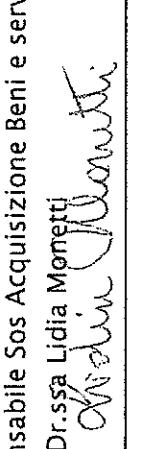
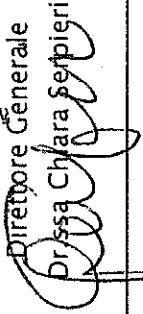
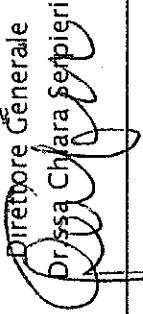
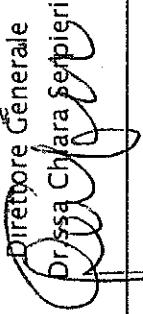
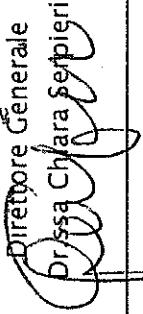
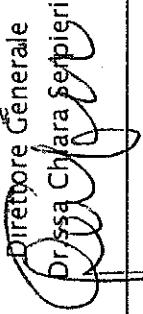
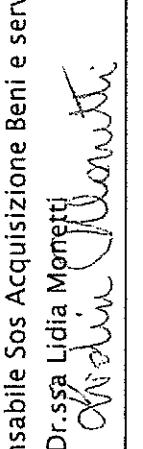
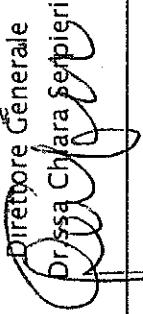
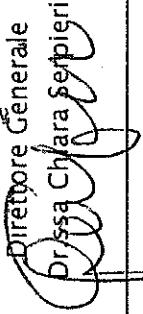
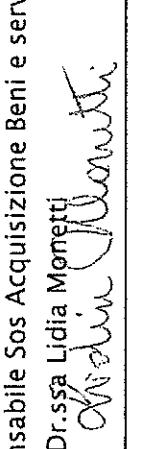
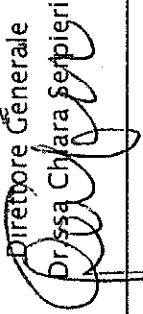
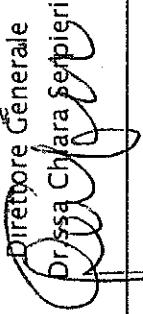
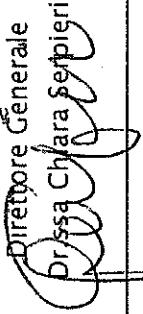
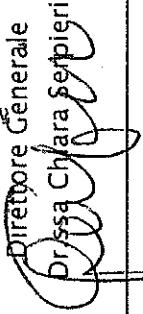
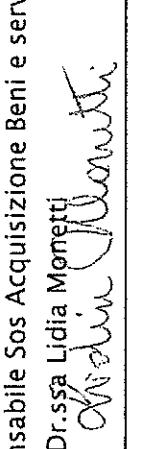
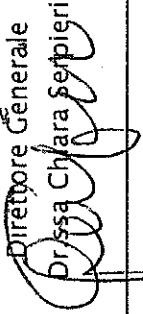
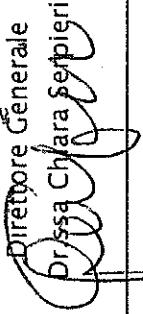
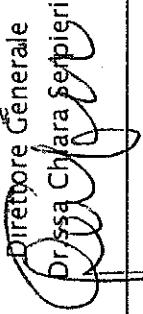
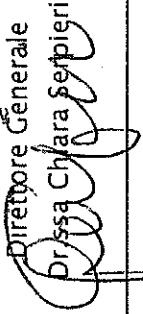
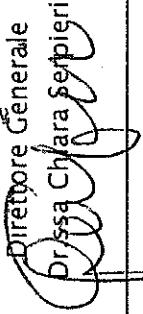
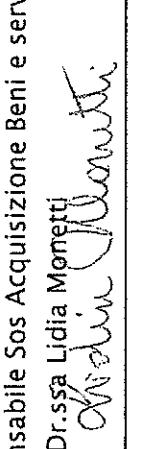
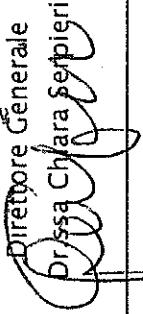
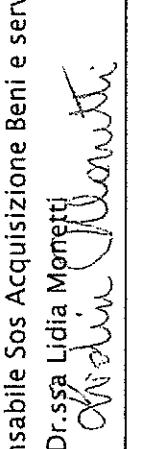
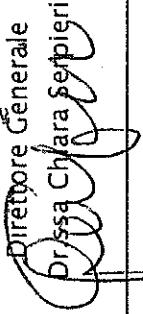
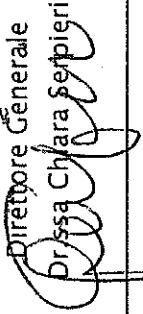
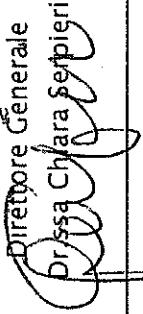
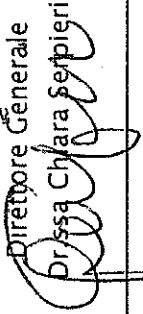
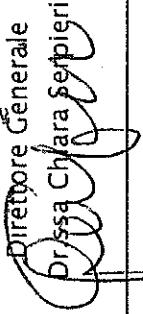
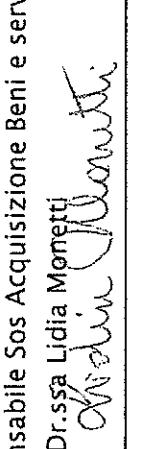
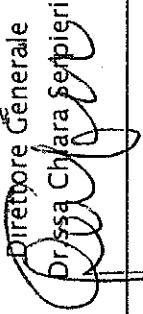
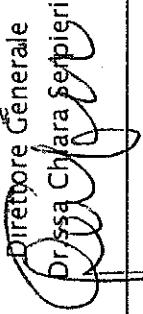
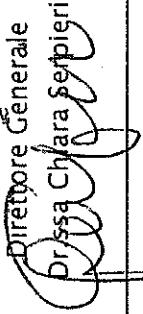
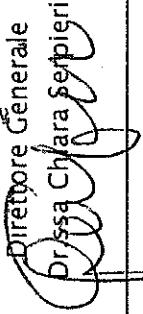
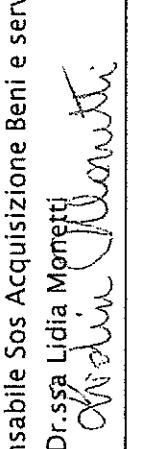
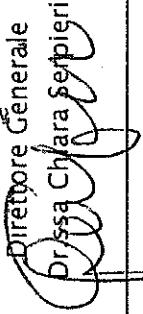
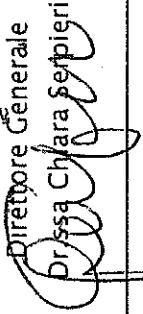
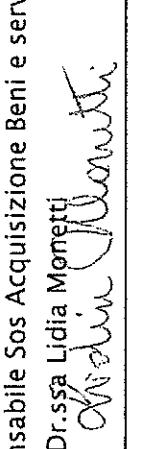
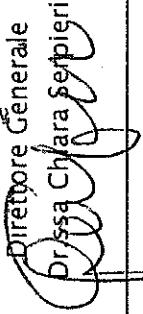
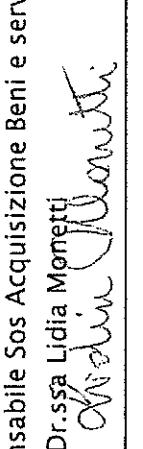
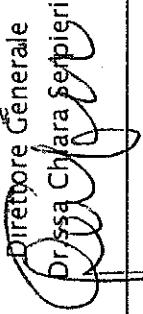
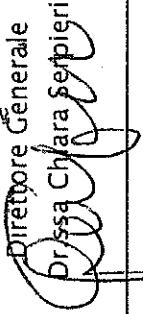
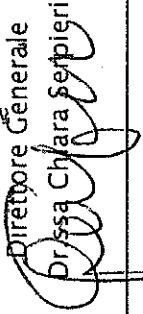
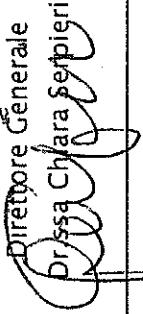
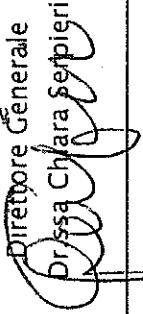
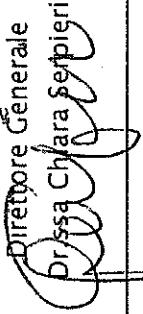
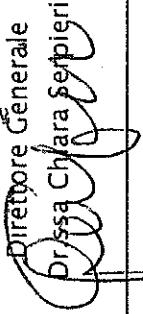
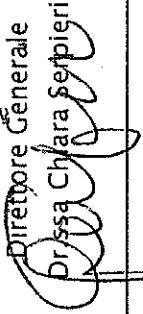
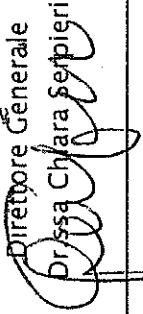
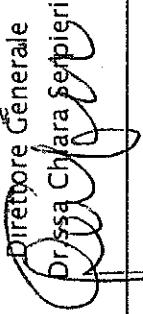
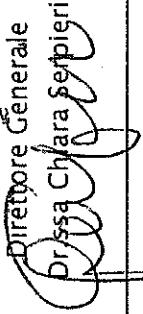
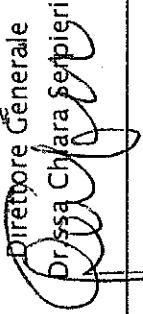
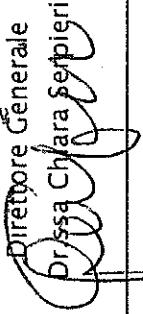
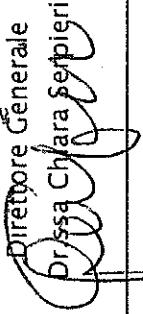
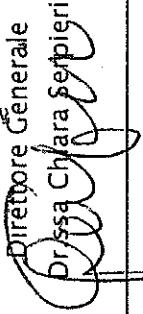
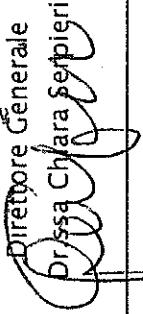
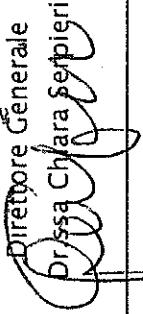
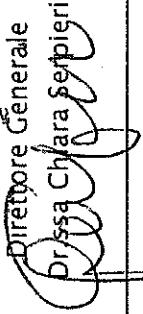
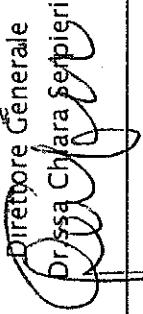
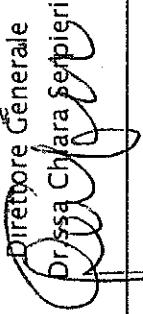
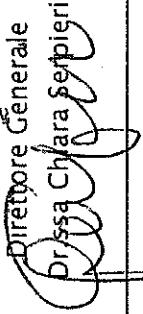
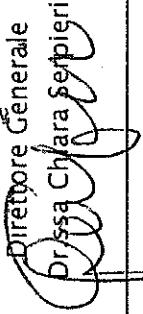
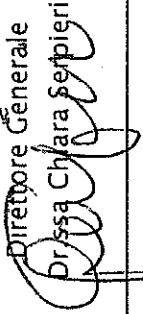
Direttore Generale  
D.ssa Chiara Serpieri

Direttore Sosd Veterinario Area B  
Dr. Raffaele Papitto  
**REGIONE PIEMONTE A.S.L. YCO**  
**DIRETTORE SOSD**  
**SERVIZIO VETERINARIO AREA B**  
Dott. Raffaele PAPILLO

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOSD VETERINARIO AREA C

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	1a Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi già 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 tempestività di invio dei flussi informativi regionale e/o nazionali di competenza	Rispetto contenuti/tempistica	100%	ss Organici 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. <u>(Si rinvia alla 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 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	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	5
		Direttore Sosd VETERINARIO AREA C Dr. Fernando Polle Ansaldi	Direttore Generale Dr. Chiara Sestieri	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
		OMEGO S.p.A. - VICO SAN GIOVANNI - A.S.T. VICO - DOMODOSSOLA - IL VETERINARIO UFFICIALE	ss Organici Coll/CS	Semestre	ss Organici Coll/CS	Annuale	

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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	<p>Rispetto dei contenuti e della tempistica per quanto attiene gli affidamenti e innovi delle procedure di gara.</p> <p>Coordinamento (con riguardo a tutte le strutture aziendali coinvolte) e messa in atto adempimenti di cui all'art 1, comma 32, L. n. 190/2012 e s.m.i.</p> <p>Gestione operativa P.N.R.R e rendicontazione sulla piattaforma Regis per la parte di competenza.</p> <p>Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto tempistica e contenuti D.L.vo 33/13 s.m.i. dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.</p>	<p>Temppestività e correttezza adempimenti</p> <p>Coordinamento / Rispetto tempistica e appropriatezza contenuti</p> <p>Messa in atto azioni</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	ss Organici/CS	Annuale	10
3	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>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.</p> <p>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.</p>	Partecipazione audit	100%	R.P.C.T.	Semestrale	11
4	Prevenzione corruzione/ trasparenza Privacy	<p>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.</p> <p>4b Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dei dati (ai sensi del Regolamento UE N.679/16) - Contratti: nomine Responsabili esterni al trattamento dati . Partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.</p>	Relazione Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100%	ss Organici/CS	Semestrale Annuale Annuale	8
		Responsabile Sos Acquisizione Beni e servizi					
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
			<img alt="Signature of Dr.ssa Chiara Serpieri" data-bbox="880 200 9				

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC AFFARI GENERALI LEGALI ISTITUZIONALI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonre 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 tempestività di invio dei flussi di competenza della Struttura.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	Protocollo	Annuale	7
		Coordinamento in merito all'attuazione della normativa in materia di trasparenza/prevenzione corruzione: messa in atto incontri di monitoraggio – Coordinamento attività relative all'applicazione del Regolamento europeo sulla privacy.	Audit	Almeno 4 anni	OIV	Annuale	9
		Messa in atto azioni indicate dalla Direzione Generale con riferimento al P.N.R.R. - Gestione cruscotto di monitoraggio.	Relazione	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale
		Collaborazione alla gestione dei conflitti sindacali.	Relazione	31.12.2022	OIV	Annuale	13
		Messa in atto di una procedura che assicuri il rinnovo delle convenzioni tenuto conto della scadenza e relativo monitoraggio.	Procedura Relazione monitoraggio	31.10.2022	OIV	Annuale	8
3	GC/Qualità/Appropriaatezza RS	Coordinamento del Comitato Gestione sinistri area sovrazoneale.	Relazione	31.12.2022	OIV	Annuale	8
4	Salute e sicurezza sul lavoro	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.	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 smi) anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione	Annuale	8
5	Prevenzione corruzione/ trasparenza	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	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre	5
	Privacy	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	Semestrale	ss Organ. Coli/CS	Semestre	5
		Direttore Soc Affari Generali Legali Istituzionali Dr.ssa Giuseppina Primatesta	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri	1			

SCHEMA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS CONTENZIOSO E SUPPORTO LEGALE - ASSICURAZIONI							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
2 Azioni strategiche aziendai	Rispetto dei contenuti e della tempestività di invio dei flussi di competenza.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	Protocollo	Annuale	12	
	Collaborazione alla gestione dei conflitti sindacali.	Relazione	31.12.2022	OIV	Annuale	28	
3 GC/Qualità/Appro priatezza RS	Coordinamento del Comitato Gestione sinistri area sovrazonale.	Relazione	31.12.2022	OIV	Annuale	40	
4 Salute e sicurezza sui lavoro	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).	Conclusione corsi	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.	Partecipazione e conclusione corso FAD.	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	7	
Privacy	Privacy: - Partecipazione e conclusione corso FAD. .	Partecipazione e conclusione corso FAD.	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	6	
	Responsabile Sos Contenzioso e supporto legale - Assicurazioni Avv. Margherita Valente	Direttore Generale Drissa Chiara Serpieri					

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS ORGANI COLLEGIALI SUPPORTO STRATEGICO

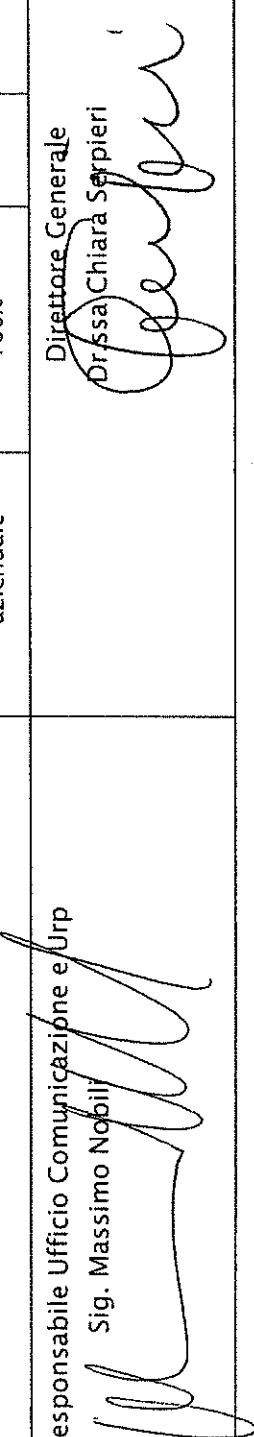
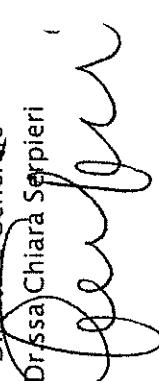
SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS ORGANI ORGANISMI COLLEGIALI SUPPORTO STRATEGICO							
	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi assegnati 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 attività relative all'applicazione del Regolamento europeo sulla privacy.	Audit	Almeno 4 annuali	OIV	Annuale	26
		Rispetto dei contenuti e della tempestistica di invio dei flussi	Tempestività e correttezza adempimenti	31.12.22		Protocollo	12
		Messa in atto azioni indicate dalla Direzione Generale con riferimento al P.N.R.R. - Gestione cruscotto di monitoraggio.	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	29
3	Prevenzione corruzione/ trasparenza	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 Organici/Organismi Collegiali Supporto strategico	Responsabile Sos Organici/Organismi Collegiali Supporto				
		Dr.ssa Giuseppina Primatesta	Dr.ssa Chiara Serpieri				

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS LIBERA PROFESSIONE UFFICIO CONVENZIONI

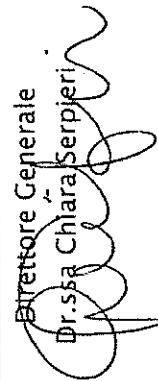
	<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Obiettivi operativi</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Fonte dati</b>	<b>Periodicità controllo</b>	<b>Peso</b>
1	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza.  Revisione della modulistica riferita alla Libera professione e contestuale elaborazione di modulistica in formato editabile  Messa in atto azioni volte all'applicazione di quanto disposto dalla Regione, con nota prot 48033/2022, relativamente al fondo Balduzzi.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	Protocollo	Annuale	12
		Moduli riformulati	N. 5 entro il 31.12.2022	OIV	Annuale	30	
		Relazione in merito alle azioni messe in atto	31.12.2022	OIV	Annuale	38	
2	Salute e sicurezza sul lavoro	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).	Conclusione corsi	entro il 31.12.2022	ss Formazione	Annuale	7
3	Prevenzione corruzione/ trasparenza	Prevenzione corruzione - 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.  Privacy: – Partecipazione e conclusione corso FAD. .	Partecipazione e conclusione corso FAD.	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	7
	Privacy	Partecipazione e conclusione corso FAD.	31.12.2022	R.P.C.T.	Annuale	6	
		Responsabile Sos Libera Professione Ufficio Convenzioni  Dr.ssa Priolo Vittoria Maria	S. Priolo	S. Priolo	Direttore Generale ~ Dr.ssa Chiara Serpieri		
		IL RESPONSABILE SOS	S. Priolo	S. Priolo	Organici Collegiali Supporto Strategico (Dott.ssa Giuseppina Primatesca)		

**SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS IN STAFF CONTROLLO DI GESTIONE**

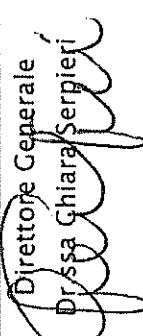
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Monitoraggio delle attività correlate al perseguitamento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Report	Trimestrali	Report Regione	Semestre	50
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
	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organico Coll/CS	Annuale	15
3 Governo clinico/Qualità/ Appropr. RC	Elaborazione dati a supporto.	Rispetto della tempistica	Qualità		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	31.12.22	ss PP/ ss Tecnico	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.	Conclusione corsi	100%	ss Formazione		
Privacy		Conclusione corso FAD	100%	R.P.C.T.	Semestre	5
		Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100%	ss Organico Coll/CS	Annuale	5
	Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione			Direttore Generale c Dr. Chiara Serpieri		
				Dr. Andrea Saglietti Anche		

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	Annuale	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	Annuale	30
		Responsabile Ufficio Comunicazione e Urp Sig. Massimo Nobili			Direttore Generale  Chiara Serpieri		

**SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FORMAZIONE**

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonre dati	Periodicità controllo	Peso
1	Attuazione programma formativo aziendale.	Attuazione programma	50% come da standard previsto da Ente accreditante Regione Piemonte	DG	Annuale	30
2 Azioni strategiche aziendali	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	 	Ente di Formazione Dr.ssa Chiara Serpieri			

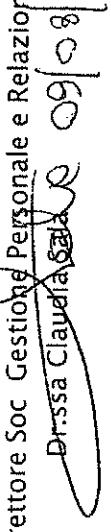
**SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FUNZIONE GOVERNO CLINICO QUALITÀ APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO**

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regionale	Semestre	25
2 Azioni strategiche aziendali	Adempimenti di cui alla DGR n. 725/A1400A del 2.5.22: collaborazione aggiornamento Piano Locale Cronicità	Messa in atto azioni di competenza PLC e rispetto tempistica	100%	Funzione PPSI	Annuale	25
3 Obiettivi specifici	Coordinamento attività risk management Coordinamento attività accreditamento istituzionale Coordinamento sistema qualità aziendale	Relazione Relazione Relazione	31.12.22 31.12.22 31.12.22	DSA DSA DSA	Annuale Annuale Annuale	50
	Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico Dr.ssa Margherita Bianchi	 				

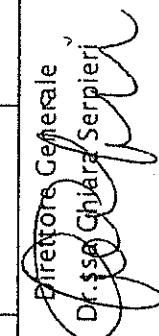
## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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	<p>Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi di competenza della Struttura.</p> <p>Monitoraggi trimestrali spesa personale.</p> <p>Gestione operativa P.N.R.R.; rendicontazione con riguardo alla gestione alle borse di studio dei MMG.</p> <p>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).</p>	<p>Tempestività e correttezza adempimenti</p> <p>Monitoraggi</p> <p>Messa in atto azioni</p>	100%	ss Organì Coll/CS	Annuale	10
3	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto temporistico e contenuti DL.vo 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottossezione di competenza.</p> <p>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.</p> <p>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 di tutti i Collaboratori.</p>	<p>Partecipazione audit</p> <p>Rispetto temporistica/contenuti</p> <p>Relazione</p>	100%	R.P.C.T.	Annuale	11
4	Prevenzione corruzione/ trasparenza	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Conclusione corso FAD</p> <p>Dichiarazione di assolvimento obbligo</p> <p>Conclusione corso</p>	100%	ss Organì Coll/CS	Semestre	5
		Direttore Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali Dra.ssa Claudia Sartori 09/08/2022		100%		Annuale	

  
 Chiara Serpieri

  
 Chiara Serpieri

		Obiettivi operativi		Indicatore		Standard	Fonte dati	Periodicità	Peso
	Obiettivi strategici							controllo	
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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.	Tempoattività 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		
		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	15		
		Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza – Aggiornamento, nel rispetto tempestica e contenuti DL.vo 33/13 s.m.i., dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit Rispetto tempestica/contenuti	100%	R.P.C.T.	Annuale	10		
3	Salute e sicurezza sul lavoro	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		
		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			
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) – Monitoraggio su partecipazione e conclusione corso FAD da parte di tutti i Collaboratori.	Relazione	Semestrale	R.P.C.T.	Semestre			
		4b Privacy: Monitoraggio su partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corso FAD Dichiaraione di assolvimento obbligo	100%	ss Organi Coll/CS	Annuale	5		
		Responsabile S.O.S./ Acquisizione e Gestione Giuridica del Personale	Direttore S.O.C. / Gestione Personale e Relazioni Sindacali	100%	Conclusione corso	B. Direttore Generale ~ Dott.ssa Chiara SERPIERI ~ Dott.ssa Claudia BIANCO	Annuale		

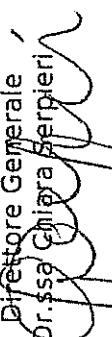
Obiettivi Strategici	Obiettivi operativi		Indicatore Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
	Obiettivo	Indicatore				
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio Indicatori regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione	Semestre	35
2 Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempestività 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
	Gestione operativa P.N.R.R.: rendicontazione con riguardo alla gestione alle borse di studio dei MMG.	Messa in atto azioni	100%	Distretto	Annuale	10
	Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto tempestiva e contenuti D.Lgv. 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza..	Partecipazione audit Rispetto tempestica/contenuti	100%	R.P.C.T.	Annuale	11
3 Salute e sicurezza sul lavoro	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 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	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. 4b Privacy: Monitoraggio e partecipazione e conclusione corso FAD entro il 31.12.22 anche da parte di tutti i Collaboratori.	Conclusione corsi FAD Conclusione corso FAD Dichiarazione di assolvimento obbligo Conclusione corso	100% 100% 100%	Formazione R.P.C.T.	Semestre Annuale	5
	Il Direttore Responsabile SOS Gestione Economica del Personale e Relazioni Sindacali Dott. Francesco Siciliano	Il Direttore SOC G.P.R.S. Dr.ssa Claudia Sala	Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri			1

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOS ICT

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Report	Trimestrali	Report Regione	Semestre	35
2	Azioni strategiche aziendali	<p>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)"</p> <p>Rispetto della tempestività di invio dei flussi informativi aziendali</p>	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	22
		<p>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.</p> <p>Collaborazione per la messa in atto delle azioni previste nel Piano di Cronicità che afferiscono agli aspetti informatici (es. telemedicina).</p>	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	\$s Organici Coll/CS	Annuale	12
		<p>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.</p> <p>3b 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.</p>	Relazione	31.12.22	\$s PP/ ss Tecnico	Annuale	8
		<p>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.</p> <p>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.</p>	Conclusione corsi	100%	\$s Formazione	Annuale	8
		<p>Prevenzione corruzione/ trasparenza</p> <p>Privacy</p>	<p>Conclusione corso FAD</p> <p>Dichiarazione di assolvimento obbligo</p> <p>Conclusione corso</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>R.P.C.T.</p> <p>ss Organici Coll/CS</p>	<p>Semestre</p> <p>Semestre</p> <p>Annuale</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>Annuale</p>
		<p>Responsabile SOS ICT Dra.ssa Anna Tagliafico</p> 	<p>Direttore Generale Dra.ssa Chiara Serpieri</p> 	<p>26/08/2022</p>			1

SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA							
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi		Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1 Azioni strategiche aziendali	Coordinamento e monitoraggio del Piano Locale Cronicità	Rinvio indicatori regionali	Adempimenti cronoprogramma regionale	Regione	Annuale	40	
	Piano Locale prevenzione (PLP) anno 2022: coordinamento azione 12 di cui alla DD n. 777/2021 - continuum tra PLC e PLP	Relazione	31.12.22	Dip. Prev.	Annuale	40	
2 Obiettivo specifico	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.	Appropriatezza dato	100%	CG	Annuale	20	
	Responsabile Funzione Programmazione e Progettazione Sanitaria Integrata Dr. Luigi Petrone			Direttore Generale Dra.ssa Chiara Serpieri			

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 - SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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 tempestività della struttura, competenza della struttura.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organici/CS	Annuale	10
		Coordinamento messo 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 temistica	100%	Dir. Amm.	Annuale	9
		Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza - Aggiornamento, nel rispetto temistica e contenuti DL.vo 33/13 smi, dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione di competenza.	Partecipazione audit temistica/contenuti	100%	R.P.C.T.	Annuale	9
3	Salute e sicurezza sul lavoro	3a Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo ai rispetti 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, 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	8
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
	Privacy	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 assolvimento obbligo	100%	ss Organici/CS	Annuale	
		Direttore Soc Gestione Economico finanziaria e Patrimonio	Conclusione corso	100%	Dr.ssa Chiara Sperieri	Direttore Generale / Dr.ssa Chiara Sperieri	
							
							

## SCHEDA OBIETTIVI ANNO 2022 – SOS IN STAFF PREVENZIONE E PROTEZIONE

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard			Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
			Rinvio standard regionali	Rinvio standard regionali	Report Regione			
1 Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento degli obiettivi da assegnare dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022.	Rinvio indicatori regionali					Semestre	20
2 Azioni strategiche aziendali	<p>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</p> <p>2 b Coordinamento attività istruttoria e tempestiva risposta alle richieste in materia di sicurezza sul lavoro</p>	Realizzazione programma formazione	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale			25
3 Salute e sicurezza sul lavoro	Revisione documenti di valutazione del rischio da concordare con la Direzione Generale.	Tempi previsti dalla norma	100%	DG	Annuale			25
4 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.	Almeno 4 Relazione	31.12.22	DG	Annuale			25
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	100%	R.P.C.T.  Semestrale	Semestre			5
	Responsabile Sos Prevenzione e Protezione Dr. Paolo Riboni	Direttore Generale, Drs. Gianna Serrieri						

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

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatore	Standard	Fonte dati	Periodicità controllo	Peso
1	Obiettivi Regionali	Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguitamento 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.  Messa in atto adempimenti di cui all'art 1, comma 32, L. n. 190/2012 e s.m.i.	Tempestività e correttezza adempimenti	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	11
		Gestione operativa P.N.R.R e rendicontazione sulla piattaforma Regis per la parte di competenza.	Rispetto tempistica e appropriatezza contenuti	100%	R.P.C.T.	Semestrale	8
		Partecipazione alle attività di riprogrammazione nuovo ospedale VCO.	Messa in atto azioni	100%	GEF	Annuale	21
		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.	Relazione	31.12.2022	Dir. Amm.	Annuale	5
3	Salute e sicurezza sul lavoro	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.  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.	Partecipazione audit Rispetto tempistica/contenuti	100%	R.P.C.T.	Annuale	7
		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 PP/ ss Tecnico Formazione	Annuale	8
4	Prevenzione/ corruzione/ trasparenza	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 Dichiaraione di assolvimento obbligo	100%	R.P.C.T.	Semestre	5
		Responsabile Sos in staff Tecnico e Coordinamento aziendale nuovo ospedale	Conclusione corso	100%	ss Organici Coll/CS	Annuale	

  
 Direttore Generale  
 Dr.ssa Chiara Serpieri

  
 Ing. Mario Mattioli

## 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 <u>delle azioni di competenza</u> finalizzate al perseguitamento 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	<p>2a Esecuzione programmi di sorveglianza sanitaria. Effettuazione di tamponi ai dipendenti</p> <p>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"</p>	Rispetto tempistica	Come da programma	ss Organis Coll/CS	Annuale	30
3	Governo clinico/Qualità/ Appropriezza Rischio clinico	Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale. Programma regionale rischio clinico. <u>(Si rinvia alla 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	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	8
5		<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Conclusione corso FAD</p> <p>Conclusione alla Dir. Generale</p> <p>Conclusione corso</p>	<p>100%</p> <p>Tempistica</p> <p>100%</p>	<p>R.P.C.T.</p> <p>ss Organis Coll/CS</p> <p>Annuale</p>	Semestre	5
		Responsabile Funzione Servizio Medico Competente Dr. Roberto Maglio			Direttore Generale Dr.ssa Chiara Serpieri		

"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

**Obiettivi DIPARTIMENTO MEDICO 2022**

ACCREDITAMENTO E PROGRAMMA RÉGIONALE RISCHIO CLINICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	FONTE DATI:	COMMITTENTO	PESO	PESO AL 31/07/2023
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica Applicatione della Raccomandazione 17 Ricconciliazione 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 fornitrice di PHI. Dato valutato dal 1° Ottobre 2022.	3	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1	Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 7 Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrato medico-infermieristico (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 Accreditamento Requisito 6.3.4	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

31/07/2022

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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: 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 atteso > 90%	NAC-DSP e CCE PHI	Messo a disposizione gestito da GPI fornitore di PHI.	2	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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 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 tobii.	Messo a disposizione corso di formazione sul campo.	2	
6° Criterio Accreditamento Requisito 6.3.4 Presenza di plani 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 SOC/SOSD	CCE PHI FARMACIA FORMAZIONE	Messo a disposizione corso di formazione sul campo e anche FAD.	1	
Totali (max 10 punti):						7,00	0,00

DIRETTORE DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

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

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

ANATOMIA PATOLOGICA	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5	Progetto Breast Unit: Applicazione PDTA Aziendale Tumore Mammella	1. % Più di 10 linfozioni asportati "eccetto nei casi di <i>sampling</i> e di pregressa terapia neoadiuvante". 2. % Pezzo operatorio orientato Margini chirurgici indenni da malattia	1. 95% 2. 99% 3. >90%	100% 100% 100%	Con Chirurgia senologica	3,00
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni.	1.% n. di 12 linfozioni asportati "eccetto interventi di palliazione e con pregressa terapia neoadiuvante". 2. Margini chirurgici indenni da malattia	1. > 95% 2. 95%	96% 98%	Con Chirurgia	2,00
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni...	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 per CdC	Come da nota 0038372/22 della SOC AP	2,00
Totali (max 7 punti):						7,00

firmato in originale

Direttore Soc  
Dr.ssa Monica Leutner

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli  
*Maria Antonella*

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**  
**Obiettivi Direttori di SOSD CONSULTORIO Anno 2022**

CRITERI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
<p>8° Criterio Accreditamento Istituzionale: Umanizzazione  <b>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</b></p>	<p>Consulenza Psicologica</p>	<p>N. Consulenza Psicologica in Consultorio / Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)</p>	<p>Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti</p>	<p>In collaborazione con Servizio Psicologia</p>	1,00
<p>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</p>	<p>Consegna e gestione della agenda gravida. DGR 38/11960 del 04/08/2009 (Agenda della Gravidanza)</p>	<p>1. Monitoraggio PO 08-TER 01 Consegna Agenda di Gravidanza 2. N. consegne e gestione della agenda gravida/Anno / Suddivise per area territoriale</p>	<p>Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti</p>	<p>In collaborazione con DMI Ostetricia-Ginecologia</p>	1,00

CRITERI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
1° Criterio Accreditamento Istituzionale Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie. Requisito 12.2 Realizzazione di reti assistenziali che contempi 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	Presenza in carico gravida basso rischio Deliberazione ASL VCO n° 187 del 13/03/2008	1. Monitoraggio PO 08-TER10 Profilo Assistenziale per la Gravidanza a Bassa 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 Ostetricia-Ginecologia	2,00
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;	Riabilitazione pavimento pelvico	N. Casi di Riabilitazione pavimento pelvico / Anno/ Suddivise per area territoriale	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti	Relazione: evasione del 100% delle richieste pervenute nei tempi previsti	2,00
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;	Messa in atto del percorso assistenziale della donna maggiorenne o minorenne 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 Ostetricia-Ginecologia	1,00
Totali (max 7 punti):					7,00

Responsabile SOSD Consultorio

DSA

Dr. Laura Mazzoni

Dr. Emanuela Pastorelli



**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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 Accreditamento Istituzionale Appropriatezza 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	7
<b>Totali (max 7 punti):</b>						
					7,00	

Responsabile SOSD

Dr. Mauro Brugnani



DSA

Dr. Emanuela Pastorelli



**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**  
**Obiettivi ACCREDITAMENTO SOC DiPSA Anno 2022**

DiPSa	TRASVERSALI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard	FONTE DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
<b>DIPARTIMENTO MEDICO E DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>								
2° Criterio Accreditamento Istituzionale: Prestazioni e Servizi Requisito 2.5.5	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 p2 e conta giri/2e. VB ORTO 65%, VB OGIGI 13%, VB CHIR 43%, DOMO ORTO 72%, DOMO ORL 87%, DOMO GIN 60%, DOMO URO 57%, DOMO CHIR 61%, OCU 0%		2	
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							
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.4.1	Uso delle schede informatizzate di monitoraggio integrate medicoinfermieristiche (Observation Chart) nei reparti di degenza per adulti nei reparti di Ostetricia e nei reparti di Pediatría.	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	
Applicazione Progetto PRIMA								
6° Criterio Accreditamento Requisito 6.3.4	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 delle cadute (accertamento mirato e pianificazione 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 Geriatría. Cadute anno 2021: n° 168 Consumo fasce 2020 n° 1836 Consumo fasce 2021 n° 2292* Cadute Primo semestre 2022: n. 77 Consumo fasce Primo semestre 2022: n 1.368 Partecipazione a corso FAD		3	
Totali (max 7 punti):							7,00	0,00

*DSA  
Dr. Emanuela Pastorelli  
Riporti annuali sulle cadute*

*DIRETTORE DIPARTIMENTO MEDICO E CHIRURGICO  
SOC DiPSA  
Dott. Marcello SENESTRARO*

# "Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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	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 ospedalieri 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	
Realizzazione di reti assistenziali che contempino 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						
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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.	Mappatura della gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate. Obiettivo 4 monitoraggio dello stato dell'arte 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: Appropriatezza clinica e sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico: Azione 3 Prevenzione delle Cadute nelle strutture sanitarie. Obiettivo 2 riconfidenza 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: Appropriatezza 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	Report su attività di verifica effettuata	Report su schede terapia	Presenza di schede terapia	In collaborazione con Strutture Private Accreditate RSA durante attività commissioni vigilanza.	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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 sociosanitarie 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.	Trasmisone Report su attività di verifica	In collaborazione con RSA durante attività commissioni vigilanza.	1	
<b>Totali (max 7 punti):</b>					<b>7,00</b>	<b>0,00</b>

Direttore SOC Distretto

DSA

Dott. Emanuela Pastorelli



**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist 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"> <li>N° pz con sospetta MCI e con esami di primo livello effettuati / N° pz con sospetta MCI inviati in ambulatorio GEL.</li> <li>N° nuove MCI / N° pz inviati in amb GEL con sospetta MCI.</li> <li>N° pazienti con sospetta MCI con richiesta in classe B / N° pazienti con sospetta MCI inviati in ambulatorio GEL.</li> </ul>	Come previsto dal piano della cronicità	3,00	
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. 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).		Il dato statistico sarà fornito dalla SOC Anatomia Patologica a partire dal 1° primo agosto 2022	4,00	
<b>Totali (max 7 punti):</b>					<b>7,00</b>	<b>0,00</b>

firmato in originale

Direttore Sos-Dipartimentale  
Dr. Giuseppe Facciotto

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli  
*Emanuela Pastorelli*

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

OBETTIVI FARMACIA	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2022
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 <b>Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico</b>	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 <b>Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza e Programma Regionale Rischio Clinico:</b> <b>Applicazione Raccomandazione n. 19 Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</b>	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 <b>Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist 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</b>	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 TECANO e Ingegneria Clinica con SPP e UPRI	1	
<b>Totali (max 7 punti):</b>				7,00	0,00

Direttore ff SOC  
Dr. Anna Pingitore,  
*Alice Rivero*

DSA  
Dr. Emanuela Pastorelli  
*Emanuela Mantovelli*

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

Obiettivi Direttori di Sos Dip. Anno 2022

OBETTIVI SOSD MALATTIE METABOLICHE DIABETOLOGIA	OBETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	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 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			
Applicazione Raccomandazione 17 Ricconciliazione della farmacoterapia	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			
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	Gestione del Diabete gestazionale	Attivazione collaborazione con Ostetricia e Redazione Procedura dedicata	Validazione procedura e pubblicazione			
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						

7,00

Direttore Sos Dipartimento di Qualità Strategiche e  
Dr. Giuseppe Riaceventuro Endocrinologo  
Dott. Francesco Ferrarino  
06104PQ

DSA

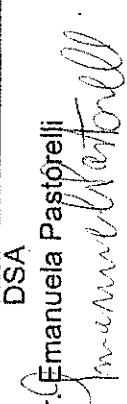
Dr. Emanuela Pastorelli  
Emanuela.Pastorelli@rmbo.it

## "Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

### Obiettivi Direttori di SOC/SOSD Anno 2022

<b>GERIATRIA</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>Standard concordato</b>	<b>FONTE DATI</b>	<b>Commento</b>	<b>Peso</b>	<b>Peso 31.01.23</b>
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 dei Caffè Alzheimer	Partecipazione del personale della SOSD Geriatria ad incontro mensile alternativamente nel Cusio e nel Verbanio.	Verbali degli incontri, minimo 6.	Geriatria	In collaborazione con CISS Cusio e Verbanio, Associazione Familiari Alzheimer, Rete Volontariato.		
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 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 Televista/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) Territoriale in condizioni emergenziali: Applicazione della procedura	Pubblicazione e applicazione PO 14-GER 03 Procedura Operativa Televista/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) Territoriale in condizioni emergenziali	Monitoraggio applicazione in procedura in condizioni emergenziali	Geriatra GCQARC	In collaborazione con Dipsa, Qualità, ICT, Distretto	2,00	
Totali (max 10 punti):						7,00	0,00

RESPONSABILE SOSD	DSA
Dr/Loredana Seccia 	Dr.Emanuela Pastorelli 

## "Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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: Appropriatezza 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 colturali (attualmente operatore dipendente)	Validazione della procedura per l'accettazione urgente test di laboratorio da inviare a Novara e dei test colturali (attualmente operatore dipendente)	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET. Doc Pervenuto in bozza.		4,00	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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	
<b>Totali (max 7 punti):</b>						<b>7,00</b>
						<b>0,00</b>

Direttore Soc  
Dr. Nino Cappuccia

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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	Monitoraggio delle procedure/PDTA validati: 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 DSPD, DiPSa, Endoscopia Digestiva		
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	
<b>Totali (max 7 punti):</b>					<b>7,00</b>	

**Totali (max 7 punti):**

Direttore Soc  
Dr. Paolo Gramatica

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli  
*Emanuela Pastorelli*

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

OBIEKTIVI TRAVERSALI	OBIEKTIVI SPECIFICI MEDICINA LEGALE	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
DIPARTIMENTO PREVENZIONE 7 Criterio Accreditamento 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.  Monitoraggio del progetto di riorganizzazione degli obitori.	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

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 Appropriatezza 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	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  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)	MONITORAGGIO PP 29-NPI-02 Procedura di Processo (PDTA) gestione percorso adolescenti	Valutazione degli indicatori In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa, Psicologia, SERD		2,00	

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	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa	3,00	<i>QD</i>
6° Criterio Accreditamento Istituzionale Appropriatezza clinica e sicurezza  6.1.5 Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessarioe 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 Pediatrica,	In collaborazione con SOC Pediatrica,	1,00	

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 ricovero ospedaliero urgente di paziente afferente alla SOC NPI	MONITORAGGIO PO 29-NPI/01 La gestione dell'emergenza - urgenza Psichiatrica in età evolutiva (14-18 anni)		Valutazione degli indicatori In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa SERD		
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

DSA	Dr. Emanuela Pastorelli
Direttore Soc	
Dr.ssa Stefania Vozza	

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

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**  
**Obiettivi OSTETRICA GINECOLOGIA 2022**

ACREDITAMENTO E PROGRAMMA REGIONALE RISCHIO CLINICO DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard	Fonte DATI	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
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 atteso > 90%	NAC-DSPO e CCE PHI	Messo a disposizione Refresh formazione gestito da GPI fornitore di PHI.	1	
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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 sanitaria e dell'implementazione di azioni correttive se necessario.	Rispetto item definiti dalle Linee di indirizzo regionali e conformità percorso di monitoraggio ex circolare prot. n. 4166/2015. UTILIZZO CI 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: 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 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-OGL 11 Gestione Rotture Prematura Pieterme Membrane (pPROM) e allegati	Standard atteso 100%	CCE PHI	DiPSa, Pediatria , Rianimazione, Hub di riferimento	0,5	
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 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-OGL 22 procedura Operativa per la gestione delle gravidie 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 rottura 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  
P.R. "AMMINISTRAZIONE  
RISCHIO CLINICO  
DIPARTIMENTO MEDICO**

INDICATORE	OBIETTIVI	Peso al 31/01/2023
Standard	Fonte DATI	Commento
REVISIONE PO 17-OGI 21 Procedura Operativa Accettazione Ostetrica delle Gravide	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	PUBBLICAZIONE REVISIONE PO 17- OGI 21 GCQARC Con SSSC DIPSA, MCU
Monitoraggio PO 17-OGI 19 Procedura Operativa per l'organizzazione di taglio Cesareo in emergenza	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	CCE PHI Con Dipartimento Chirurgico, Rianimazione, Neonatologia, DIPSA
<b>Totali (max 7 punti):</b>		<b>7,00 0,00</b>

DIRETTORE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE  
*Maurizio Belotti*

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

OBIEKTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIEKTIVI SPECIFICI MEDICINA LEGALE	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
7° Criterio Accreditamento 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 obblighi aziendali.  Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione- adozione dei progetti di innovazione.	Attuazione del progetto di riorganizzazione degli obblighi del progetto	Monitoraggio Applicazione In collaborazione con SOC DSPO, DIPSA, Logistica, TECANO, SPP e Anatomia Patologica.		7,00	7,00

Responsabile SOSD  
Dr. Attilio Rigotti

DSA  
Dr. Emanuela Pastorelli

*Attilio Rigotti*

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

## "Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

### Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

PEDIATRIA	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso
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  Percorso Nascita. Condivisione dati con DMI e attivazione azioni di miglioramento individuate.	Vedere Tabella Indicatori  Audit della raccolta e valutazione indicatori procedure dedicate	In collaborazione con DSO, Dipsa, Distretto Consultorio, altri attori del PN.  3,00			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: 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 integrato 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 STEN secondo DRG n° 3/6466 del 23/07/2007  Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizione di emergenza	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

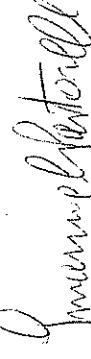
Dr. Emanuela Pastorelli  


I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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 Uni/U 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%. *Traccialbilità 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%	2. Con Dipsa, Ostetricia, Ginecologia, GAT, Consultorio, DSM, altre SCC, SOSSD coinvolte	1,00	
Totali (max 7 punti):		7,00	7,00		0,00	

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**Dott.ssa Emanuela Pastorelli**  
  
**Responsabile SoS Staff**  
**Dr. Antonio Filiberti**  


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

**Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022**

RADIODIAGNOSTICA	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	PESO	PESO 31.01.23
6° Criterio Accreditamento 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 Ortoplauma, Chirurgia e dipsa			
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	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 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	Monitoraggio PO 49-RD 01 Procedura Esami Radiologia Convenzionale a Domincilio	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 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	APPLICAZIONE PROCEDURA NEFROPATIE DA MDC	MONITORAGGIO INDICATORI	dati annuali 2017-2019. eseguite 148 TC su 138 p. N. 4 casi di nefropatia transitoria	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  
*Emmanuela Pastorelli*

## I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

### Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

RADIOTERAPIA	OBIETTIVI	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso al 31/01/23
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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.		
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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: 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	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: Appropriatezza 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 individuate 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):

Direttore Sos Dipartimentale

Dr. Andrea Ballarè

: DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Emanuela Pastorelli

ASL VCO  
CENTRO DI RICERCA  
S.O.S. RADIOTERAPIA 01000502  
Dott. Andrea BALLARE'  
0004448

7,00

7,00

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

SERVIZIO RRF	SPECIFICI	INDICATORE	Standard concordato	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	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 Dz con richiesta FT	1. 90% 2. 80%	In collaborazione con SOS Senologia	1,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 15.1 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)	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 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	PDTA Ictus: 1 Applicazione procedura PRI - PSR 4.3 Postacuzie e riabilitazione pag. 123-125 - DGR 27-3628 28 marzo 2012 2. Applicazione PRI PDTA FFA	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 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	Determinazione n. 1098/2020 del 08/10/2020 Centro di I livello Ambulatoriale Periferico Multispecialistico per Incontinenza Urinaria	N° pz con PRI entro 24 H lavorative DALL'INTERVENTO/ N Tot. Pz con richiesta PRI x 100	≥ 90%	In collaborazione con Ortoprumatologia	1,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 15.1 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 Disfagia	Monitoraggio casi in trattamento per riabilitazione perineale: % attivazione percorso riabilitazione/richieste di consulenza	≥ 80%	In collaborazione con UROLOGIA, GINECOLOGIA, CHIRURGIA	1,00	
1° Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie Requisito 15.1 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 Disfagia	Monitoraggio casi in trattamento per disfagia: % attivazione percorso riabilitazione/richieste di consulenza	≥ 80%	In collaborazione con ORL, Dietologo Neurologia	1,00	
<b>Totali (max 7 punti):</b>					<b>7,00</b>	

DSA  
  
Dr. Emanuela Pastorelli

DSA

  
Dr. Silvia Rossi

## I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

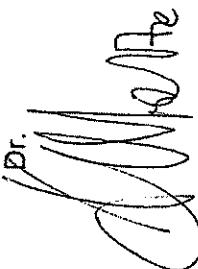
### Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

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		
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 DSM-SPDC, MCU, Dipsa. Vedere mia e-mail del 04/08/2020 e mail del 28/08/20 dr Bezzì		
6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza 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.		
Totali (max 7 punti):					7	

Direttore ff SOC

Dr.



Responsabile GCQARC

Dr. Emanuela Pastorelli



**I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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-QUP 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	GQARC	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-QUP 07 "Gestione Documentazione Sanitaria" e CCE PHI	Con DiPSa	2	

Totali (max 7 punti):

							7
--	--	--	--	--	--	--	---

Responsabile Sos Dip.  
**DR. Emanuela Pastorelli**  
 Dipartimento INTERAZIONE CON LE STRUTTURE DI SALUTEGESEALE  
 S.C.S. DIPARTIMENTALE S.P.D.C.  
 IL RESPONSABILE  
 Dott.ssa SERENA ZEPPETELLI  
 04444 E.Z.

DSA  
**Dr. Emanuela Pastorelli**  


~~Il responsabile~~  
 Dott.ssa SERENA ZEPPETELLI  
 04444 E.Z.

**I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**  
**Obiettivi Direttore di SOC SERD Anno 2022**

SERD	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso	Peso 31/01/202
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: Appropriatezza 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: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni.."	Applicazione PO 40-SERT 02 Verifica Assenza Alcoldipendenza 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	
<b>Totali (max 7 punti):</b>				<b>7,00</b>	<b>0,00</b>

DSA

Dr. Emanuela Pastorelli

Direttore Soc  
Dr.ssa Chiara Crosta Lenzi

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

OBETTIVI DI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBETTIVI SPECIFICI SIAN	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	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	
Presenza di Piano Strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda dei servizi/prestazioni sanitarie						
Totali (max 7 punti):					7,00	0,00

Totali (max 7 punti):

Direttore SOC  
Df. Daniela Baldassari

DSA  
Dr.ssa Emanuela Pastorelli

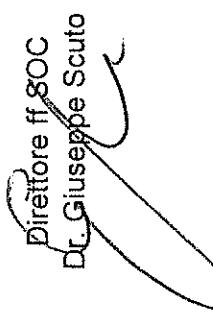
*[Handwritten signature]*

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**

**Obiettivi Direttore SOC SISP Anno 2022**

OBIETTIVI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI SISP	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
<b>6° Criterio Accreditamento Istituzionale: Appropriatezza clinica e sicurezza Requisito 6.3.5</b>	Percorso del farmaco e identificazione del paziente nel processo vaccinale	Monitoraggio della procedura PO 03-FARM 14 per la segnalazione di reazione aversa 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 reazioni avverse e SOC Farmacia a vaccini e segnalazione eventi avversi /potenzialmente avversi correlati alla somministrazione di altri farmaci alla UGRC	In collaborazione con DSPO	7	
<b>Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza</b>	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					
<b>Totali (max 7 punti):</b>					7,00	0,00

DSA  
Dr.ssa Emanuela Pastorelli  


Direttore ff SOC  
Dr. Giuseppe Scuto  


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

OBETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBETTIVI SPECIFICI SIMT	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
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: Azione <u>12</u> 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	
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: Azione <u>12</u> 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 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	
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: Azione <u>12</u> 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 PBV 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 PBV Aziendali.	Relazione con evidenza di eventuali azioni correttive entro gennaio 2023	2	

OBETTIVI TRASVERSALI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBETTIVI SPECIFICI SIMT	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
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: <b>Azione 12 Obiettivo 2.</b> 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	7,00		0,00	

Direttore SOSD  
Dr. Leonardo Rusutto



Direttore Sanitario Aziendale  
Dr. Emanuela Pastorelli



"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022

OBIETTIVI DI PARTECIPAZIONE 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 Gambarotto

DSA  
Dra.ssa Emanuela Paoletti  
*manuela paoletti*

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**

**Obiettivi Direttori di SOC Anno 2022**

OBIETTIVI DI 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 contiene 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 -	Applicazione del D.L.vo 2 febbraio 2021 N°32;	predisposizione del nuovo tariffario adeguato al D.L.vo 2 febbraio 2021 N°32; predisposizione di un adeguato sistema di incassi concordato con l'Ufficio Ragioneria della ASL; predisposizione e diffusione di note informativa interna 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	7
Totali (max 7 punti):						7,00 0,00

Direttore SOC  
Dr. Giampaolo Cassina

Direttore Sanitario Azindale  
Dr. Emanuela Pastorelli

**"Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico"**

**Obiettivi Direttori di SOSD SVET B Anno 2022**

OBIETTIVI DI PARTECIPAZIONE	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):						7,00 0,00

Direttore SOSD  
Dr. Raffaele Papillo  
  
REGIONE PIEMONTE  
DIRETTORE SOSD  
SERVIZIO VETERINARIO AREA B  
Dott. Raffaele PAPILLO

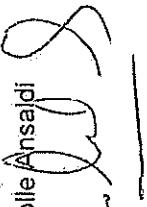
Direttore Sanitario Aziendale  
Dr. Emanuela Pastorelli  


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

OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OBIETTIVI SPECIFICI VETERINARIO AREA C	INDICATORE	Standard	Commento	Peso	Peso al 31/01/2023
1* Criterio Accreditamento Istituzionale: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	Tutela della salute del consumatore, implementazione della sicurezza alimentare attraverso l'igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche.	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	
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						
Totali (max 15 punti):					7,00	0,00

Direttore SOSD

Eugenio Fernando Ansaldi




Direttore Sanitario Aziendale  
Dott.ssa Emanuela Pastorelli



**IAS Governo Clinico Qualità Appropriatezza 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 PRRC Sviluppo dei SGILS 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 sopralluoghi e formazione effettuati	In collaborazione con SPP e Formazione	7,00	7,00

Responsabile Funzione  
Dr Roberto Maglio

GCQARC  
Dr Emanuela Pastorelli

*emanuela pastorelli*