

433 30 MAGGIO 2019

All. B)



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

Obiettivi Direttore di SOC Anno 2019-

STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Anatomia Patologica	Progetto Breast Unit: Applicazione PDTA Aziendale Tumore Mammella	1. % Più di 10 linfonodi ascellari asportati: 2. % Pezzo operatorio orientato 3. Margini chirurgici indenni da malattia	1. 95% 2. 99% 3. >90%	Con Chirurgia senologica	3,00
Anatomia Patologica	Monitoraggio PDTA Tumori Colon Retto	1. % n. di 18 linfonodi asportati 2. Margini chirurgici indenni da malattia	1. > 95% 2. 95%	Con Chirurgia	3,00
Anatomia Patologica	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.		4,00
Anatomia Patologica	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	Applicazioni dei PDTA GIC e CAS e raccolta informatizzata degli indicatori	VERIFICA ESITI MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSPO, altre SOC, SOSD coinvolte	5,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc

Dr.ssa Monica Leutner

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata rischio Clinico" Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Anestesia Rianimazione	Rispetto delle indicazioni Manuali Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	Applicazione delle procedure aziendali e Revisione della CL per la Sicurezza in Sala Operatoria	Raccolta e valutazioni indicatori come da procedure aziendali	con DSPO e DIPSA	5,00
Anestesia Rianimazione	PO 25-UPRI 16 Procedura Accessi e Percorsi Interni ai Blocchi Operatori	Applicazione e rispetto indicatori	raccolta monitoraggio e valutazione degli indicatori	CAPOFILEA SOS UPRI CON DIPSA SOC CHIRURGICHE	1,00
Anestesia Rianimazione	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.	Utilizzo della STU informatizzata (PHI)	4,00
Anestesia Rianimazione	Procedura "Programma di Patient Blood Management"	Applicazione procedura	N° casi con trattamento marziale prechirurgico / totale casi afferiti all'Amb PBM N° casi con recupero intraoperatorio per perdite ematologiche ≥ al 10% / totale casi candidati al recupero intraoperatorio	con DSPO, SIMT, SOC Chirurgiche	5,00

Totale (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc

Dr. Carlo Mastroré

Direttore Generale

Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

DIP. MATERNO INFANTILE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso
CONSULTORIO	Informazioni e consulenze per la procreazione responsabile	N. Informazioni consulenze per la procreazione responsabile e la sterilità della coppia, la prevenzione dei rischi genetici e il controllo della gravidanza a rischio, suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita	2,00
CONSULTORIO	Prescrizioni contraccettivi orali	N. Prescrizioni contraccettivi orali/ Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita	1,00
CONSULTORIO	Applicazione contraccettivi meccanici	N. Applicazione contraccettivi meccanici / Anno/ Suddivise per area territoriale	Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita	1,00
CONSULTORIO	Contraccezione di emergenza anche per minori	N. Contraccezione di emergenza anche per minori / Anno/ Suddivise per area territoriale	Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita	1,00
CONSULTORIO	Consulenza Psico-sessuale	N. Consulenza Psico-sessuale / Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita	2,00
CONSULTORIO	PO 08- TER 01 Consegna e gestione della agenda gravidanza	1. Revisione PO 08-TER 01 consegne e gestione della agenda gravidanza/ Anno/ Suddivise per area territoriale	1. Pubblicazione in intranet della revisione. 2. Non applicabile. Il dato monitorato annualmente prevede una logica di crescita.	2,00
CONSULTORIO	PO 08- TER 10 Presa in carico gravidanza basso rischio	1. Revisione PO 08-TER 10 gravidanze basso rischio prese in carico / Anno/ Suddivise per area territoriale	1. Pubblicazione in intranet della revisione. 2. Non applicabile. Il dato sarà monitorato annualmente prevede una logica di crescita.	2,00
CONSULTORIO	Riabilitazione pavimento pelvico	N. Casi di Riabilitazione pavimento pelvico / Anno/ Suddivise per area territoriale	Comparare dati con anno 2017. Il dato sarà monitorato annualmente prevedendo una logica di crescita.	1,00
CONSULTORIO	PO 08- TER 02 Procedura interruzione volontaria	1. N. IVG / Anno/ Suddivise per area territoriale (VB-DO-OM)	1. Non applicabile. Il dato sarà monitorato annualmente prevede una logica di crescita.	1,00
CONSULTORIO	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;	Evidenza della applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/FCAPER segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.	2,00
Totali (max 15 punti):				15,00

Responsabile SOSD Consultorio
Dr. ssa Laura Minioni

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Cardiologia	Pubblicazione attività di ricerca clinica cardiologia ASLVCO	Invio articolo a pubblicazione	Accettazione articolo		4,00
Cardiologia	Apertura ambulatorio cardiologia pediatrica	Apertura ambulatorio con almeno una seduta mensile	Comunicazione al pubblico e pubblicazione orari	Conferenza stampa	5,00
Cardiologia	INDICATORI PNE 2018 (RIFERITO AD ANNO 2017)	AUDIT CLINICO TASSO MORTALITA' IMA DOMO E VB	SCHEDA DI AUDIT CLINICO	CON SOC MEDICINA dipsa, DSO, altre SOC, SOD coinvolte	2,00
Cardiologia	MONITORAGGIO PDTA GESTIONE NAO	INDICATORI DEL PDTA	VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA ED ESITI	CON DIP MEDICO, SOC FARMACIA dipsa, DSO, altre SOC, SOD coinvolte	2,00
Cardiologia	MONITORAGGIO PDTA FIBRILLAZIONE ATRIALE	INDICATORI DEL PDTA	VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA ED ESITI	CON DIP MEDICO, SOC FARMACIA dipsa, DSO, altre SOC, SOD coinvolte	2,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc
Dr. Alessandro Lupi

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



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

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
CHIRURGIA GENERALE DOMO	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
CHIRURGIA GENERALE DOMO	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.		5,00
CHIRURGIA GENERALE DOMO	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	Partecipazione ai GIC Aziendali e Interaziendali; raccolta sistematica degli indicatori del PDTA GIC: Colon retto, Gastrico, Mammella, Tiroide	Verifica e valutazione esito del monitoraggio	Con Oncologia, CG, ICT, DSPO, altre SOC, SOSD coinvolte	5,00
					15,00

Direttore ff Soc

Dr. Fabio De Cesare

Fabio De Cesare

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



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

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019 -

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
CHIRURGIA GENERALE VB	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
CHIRURGIA GENERALE VB	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.		5,00
CHIRURGIA GENERALE VB	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	Partecipazione ai GIC Aziendali e Interaziendali; raccolta sistematica degli indicatori dei PDTA GIC: Colon retto, Gastrico, Mammella, Tiroide	Verifica e valutazione esito del monitoraggio	Con Oncologia. CG, ICT, DSPO, altre SOC, SOSD coinvolte	5,00
					15,00

Direttore ff Soc

DR. Fabio de Cesare

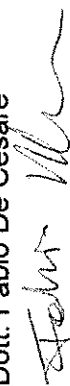
Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



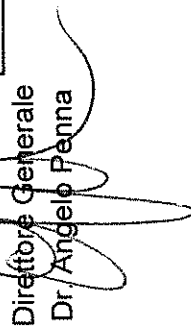
I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
DS MULTIDISCIPLINARE	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
DS MULTIDISCIPLINARE	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.		5,00
DS MULTIDISCIPLINARE	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	Raccolta sistematica degli indicatori dei PDTA GIC	Verifica e valutazione esito del monitoraggio	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD	5,00
					15,00

Direttore SOSD
Dott. Fabio De Cesare



Direttore Generale
Dr. Angelo Penna





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

Obiettivi Direttori di Sos Dip. Anno 2019

STRUTTURA DISTRETTO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso
Endocrinologia e Diabetologia	Applicazione PO 43-DIAB 01	% di pazienti ricoverati con iperglicemia > 126 mg/dl a digiuno con dosaggio di HbA1c % di pazienti "critici" ricoverati sottoposti al protocollo di infusione insulinica endovenosa N° di episodi di ipoglicemia lieve-moderata D10glicemia 50-70 mg/dl verificatisi in corso di ricovero/N° totale protocolli somministrati X 100 N° di episodi di ipoglicemia grave < 50 mg/dl verificatisi in corso di ricovero / N° totale protocolli somministrati X 100	Monitoraggio esiti Revisione di PO 43-DIAB 01	4,00
Endocrinologia e Diabetologia	Redazione PO 43-DIAB 02 gestione Cheto-acidosi	Validazione di PO 43-DIAB 02	Pubblicazione della procedura e corso di formazione dedicato	4,00
Endocrinologia e Diabetologia	Validazione Procedura Gestione del Piede diabetico	Pubblicazione procedura Gestione del piede diabetico	Applicazione e corso di formazione dedicato	5,00
Endocrinologia e Diabetologia	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.	2,00

15,00

Direttore Sos Dip.

Dr. Giuseppe Placentino

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico" **Obiettivi Direttori di Sos Dip. Anno 2019**

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Endoscopia Digestiva	Redazione PDTA Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	Validazione PDTA Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	pubblicazione nel sito intranet	previsto da piano della cronicità	7,00
Endoscopia Digestiva	Monitoraggio procedure SOSD Endoscopia	Applicazioni disposizioni Procedure: verifica indicatori	4. ≥90%	Con DIPSA	3,00
Endoscopia Digestiva	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.		3,00
Endoscopia Digestiva	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	RACCOLTA INFORMATIZZATA DEGLI INDICATORI	VERIFICA ESITI MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Sos Dipartimentale
Dr. Giuseppe Facciotto

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



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

Obiettivi Direttori SOC Anno 2019 -

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
DIPSa	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;	Evidenza della applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		3
DIPSa	Revisione procedura rischio caduta	modifica schede di valutazione rischio	Pubblicazione revisione entro 01/06/2019.	con DSO	3
DIPSa	Revisione procedura raccolta sangue cordonale	validazione revisione	Monitoraggio invio sangue cordonale: invii alla banca del cordone >20%	con OSTETRICIA e SIMT	3
DIPSa	Redazione procedura Accettazione ostetrico	validazione procedura	Pubblicazione entro 01/06/2019.	con OSTETRICIA	3
DIPSa	Messa in atto delle indicazioni regionali progetto P.R.I.M.A	Applicazione della scheda informatizzata P.R.I.M.A. per monitoraggio parametri vitali	Controllo a campione della presenza della scheda informatizzata P.R.I.M.A in tutte le Strutture di Degenza	con SOC Rianimazione	2
DIPSa	Redazione procedura TC d'urgenza	validazione procedura	Pubblicazione entro 01/06/2019.	con OSTETRICIA	1

Totale (max 18 punti):

15,00

Direttore Soc
Dr. Marcello Senestraro

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



IP "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" Obiettivi Direttore di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Dir. San. Presidi Osp Verbania- Domodossola	PPOO 2013-15 Monitoraggio checklist sicurezza in Sala operatoria	Verifiche, in un tempo definito, della doc. sanitaria in cui è archiviata la checklist. Almeno il 5% degli interventi chirurgici eseguiti e comunque non meno di 250 casi.	Informatizzazione della CL aggiornata. Collaborazione a corso di formazione	Con capofila Dipartimento Chirurgico, NCI DiPSa, SOC Amministrative (ICT)	3,00
Dir. San. Presidi Osp Verbania- Domodossola	Monitoraggio PO 27-OUP 11 Procedura Trasporti Secondari. mediante checklist dedicate	AUDIT CC: 90% DEI CASI	Attivazione registro trasporti secondari	Con NCI dipsa, MCU, SOC Amministrative	2,00
Dir. San. Presidi Osp Verbania- Domodossola	Monitoraggio PO 27-OUP 07 Gestione Documentazione Sanitaria mediante checklist dedicate	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	Compilazione completa della CC (PHI), SOC Amministrative	3,00
Direzione Sanitaria	Pubblicazione Programma di Patient Blood Management	Applicazione procedura relativamente alla fase del prelievo	Collaborazione al Monitoraggio indicatori	con SIMT, AR, SOC Chirurgiche	2,00
Dir. San. Presidi Osp Verbania- Domodossola	Pubblicazione PO 27-OUP 09 Procedura consenso informato REV 2019	Applicazione procedura	Monitoraggio indicatori	con AR, Dip. Chirurgico e Medico, SOC Amministrative	2,00
Dir. San. Presidi Osp Verbania- Domodossola	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.		3,00
					15,00

Direttore Struttura
Dr. Francesco Garufi

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Distretto VCO	Applicazione PO 08-TER 12 Gestione CVP Leader-cath: impianto ecoguidato e gestione a domicilio e nelle strutture residenziali	1. n. dei dispositivi impiantati / n. totale richieste x 100 2. n. richieste per Struttura Organizzativa (MMG, Struttura residenziale, etc)/n. totale richieste x 100 3. n. complicanze da dispositivi impiantati / n. totale dispositivi impiantati x 100	1. 100% 2. Non Applicabile 3. 2%	con DIPSA	3,00
Distretto VCO	Monitoraggio PO 08-TER 13 Procedura Operativa ECG a Domicilio	Raccolta e valutazioni indicatori	dati annuali 2018-2019		3,00
Distretto VCO	Applicazione PDT continuità assistenziale ospedale/territorio: applicazione percorso NOCC/NDCC	Monitoraggio PDTA	Come da Scheda Indicatori Percorso Continuità Ospedale/Territorio	Con DSO - DIPSA -	3,00
Distretto VCO	APPLICAZIONE LEGGE N. 38 DEL 15.03.2010 DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE Programma Regionale Rischio Clinico	APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI PER LA GESTIONE DEL DOLORE NEL DISTRETTO	Monitoraggio indicatori	Con CURE PALLIATIVE, FARMACIA, DIPSA, altre SOC, SOSD coinvolte.	3,00
Distretto VCO		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.		3,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Distretto
Dr. Bartolomeo Ficili

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi Direttore di SOC Anno 2019**

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Farmacia	Proseguire e sviluppare l'attività di informazione agli operatori sanitari in merito alle nuove conoscenze/alert, con particolare riguardo alle problematiche di Farmacovigilanza	Formazione dedicata	Valutazione esiti monitoraggio segnalazioni per farmacovigilanza		3,00
Farmacia	Monitorare l'applicazione del progetto PRORA, con particolare riferimento alle azioni della Raccomandazione n. 14	Raccolta indicatori come da procedura	Valutazioni esiti indicatori	Con DIPSA, ONCOLOGI, DSPPO, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00
Farmacia	Raccomandazione n. 18: stesura della procedura aziendale e revisione di quelle precedentemente pubblicate con particolare riferimento a quelle relative alle attività della SOC Farmacia	Validazione Procedura aziendale	Pubblicazioni Procedura aziendale		7,00
Farmacia	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		2,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
 Dr.ssa Silvia Bonetta

Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
GAT	Monitoraggio PO 49-RD 01 Procedura Esami Radiologia Convenzionale a Domicilio	Raccolta e valutazioni indicatori	Dati annuali 2017-2018	Con dipsa e radiodiagnostica	2,00
GAT	Monitoraggio PO 08-TER 13 Procedura Operativa ECG a Domicilio	Raccolta e valutazioni indicatori	Dati annuali 2017-2018	Con dipsa e cardiologia	2,00
GAT	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.		2,00
GAT	Applicazione PDT continuità assistenziale ospedale/territorio; applicazione percorso NOCC/NDCC	Monitoraggio PDTA	Come da Scheda Indicatori Percorso Continuità Ospedale/Territorio	Con DSO - Dipsa - DISTRETTO	5,00
GAT	APPLICAZIONE LEGGE N. 38 DEL 15.03.2010 DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE	APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	PUBBLICAZIONE IN INTRANET DEI PROTOCOLLI REVISIONATI - Monitoraggio indicatori	Con Cure Palliative, Oncologia Farmacia, Dipsa, altre SOC, SOSD coinvolte.	4,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore ff Soc GAT
Dr. Paolo Borgotti

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019**

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Geriatrica	Applicazione DGR del 28/3/2012 n. 27-3628 Attuazione Piano di Rientro - La rete territoriale - continuità assistenziale: pz che dalla SOC MCU devono essere trasferiti in continuità assistenziale extraospedaliera (CAE)	N° casi con richiesta di trasferimento in CAE/ totale N° casi valutati nei tempi previsti (1gg lavorativo) *100 a Vb, entro 2gg lavorativi a Domodossola	Standard 95% nei limiti temporali definiti	Monitoraggio con SOC ICT, MCU, SITRPO e DISTRETTI.	4,00
Geriatrica	Verifica Applicazione PDTA: PP 14-GER 01 PDTA Neurolettici nelle RSA	Monitoraggio INDICATORI PDTA: verifica dei piani intermedi (MOD 01 di PP 14-GER 01 MODULO MONITORAGGIO PAZIENTI OSPITI IN RSA o NAT IN TERAPIA CON NEUROLETTICI ATIPICI) Moduli compilati ed esaurienti da MMG/Piani terapeutici redatti*100	Audit Cartelle Cliniche. Standard 95% delle CC	In collaborazione con SOC Farmacia e Distretti. Relazione con esiti monitoraggio	4,00
Geriatrica	Verifica applicazione PDTA: PP 14-GER 02 DIAGNOSI PRECOCE DEMENZE	Monitoraggio INDICATORI PDTA. % di pazienti avviati a valutazione NP di II Liv. per diagnosi precoce di demenza. Totale diagnosi.	Monitoraggio Casistica 2017 e confronto 2015-16	in collaborazione con SOSD PSI.	4,00
Geriatrica	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		3,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc

Dr. Fabio Di Stefano

(affidamento temporaneo)

Direttore Generale

Dr. Angelo Penna

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttore di SOC Anno 2019



STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Laboratorio Analisi	Redazione della procedura per l'accettazione urgente test di laboratorio da inviare a Novara e dei test culturali (attualmente operatore dipendente)	Validazione della procedura per l'accettazione urgente test di laboratorio da inviare a Novara e dei test culturali (attualmente operatore dipendente)	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET		4,00
Laboratorio Analisi	Validazione 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	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET	Raccolta indicatori con MCU	Capofila MCU	3,00
Laboratorio Analisi	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.		3,00
Laboratorio Analisi	Verifica profili SOC MCU e prericovero	Aggiornamento profili SOC MCU e Prericovero	Aggiornamento profili in PSWEB	Con MCU e Prericovero (paziente pediatrico da sottoporre ad Adeno-tonsilectomia: emocromo, PT, PTT, n. dibucaina solo in casi selezionati)	3,00
Laboratorio Analisi	Controllo resistenze agli antibiotici e antifungini - Indicatore regionale 9A, 9B e 10	Elaborazione dei report e diffusione dati epidemiologici	100% come da indicazioni regionali		1,00



STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Laboratorio Analisi	Progetto Appropriatazza consumo degli antibiotici e antifungini	Partecipazione alla progettazione e alle attività di antibiotico stewardship e audit	Evidenza partecipazione (verbali)	Capofila SOS UPRI	1,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc
Dr. Nino Cappuccia

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di Sos Dip. Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Malattie Infettive	Appropriatezza consumo degli antibiotici e antifungini - Indicatore regionale 11	Monitoraggio utilizzo chinolonici endovena	% appropriatezza prescrittiva come da indicazioni regionali	Verifica appropriatezza nell'uso da parte del Gruppo antibiotico stewardship	4,00
Malattie Infettive	Controllo resistenze agli antibiotici e antifungini - Indicatore regionale 9A, 9B e 10	Elaborazione dei report e diffusione dati epidemiologici	100% come da indicazioni regionali		2,00
Malattie Infettive	Revisione 03 di PO 25-UPRI 04 Antibiotico profilassi in chirurgia	Pubblicazione nel sito intranet	Applicazione protocolli PROFILASSI	Con UPRI e SOC/SOSD Chirurgiche	4,00
Malattie Infettive	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.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Sos Dipartimentale
Dr. Vincenzo Mondino

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Medicina e chirurgia d'urgenza (DEA/P.S.)	Monitoraggio delle procedure validate (Procedure trasporti secondari, fast track etc)	Raccolta e valutazione degli indicatori tramite registro	Come da indicatori	Con DSPO e dipsa	5,00
Medicina e chirurgia d'urgenza (DEA/P.S.)	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.		5,00
Medicina e chirurgia d'urgenza (DEA/P.S.)	Gestione del dolore	Casi con valutazione scheda dolore codici gialli e Applicazione protocolli	80%		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
 Dr. Paolo Gramatica

Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna



Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Medicina DOMO	Redazione procedura per la gestione dell'attività di angiologia, emostasi e trombosi	Publicazione nel sito intranet aziendale	Raccolta degli indicatori di procedura		5,00
Medicina DOMO	Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari vs originatori, nel rispetto delle direttive regionali	Monitoraggio della messa in atto delle direttive regionali	Verifica esiti monitoraggio in aderenza alle disposizioni regionali	Capofila SOC Farmacia	5,00
Medicina DOMO	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		5,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc
Dr. ssa Maria Adele Moschella

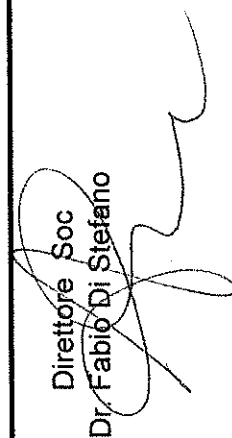
Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



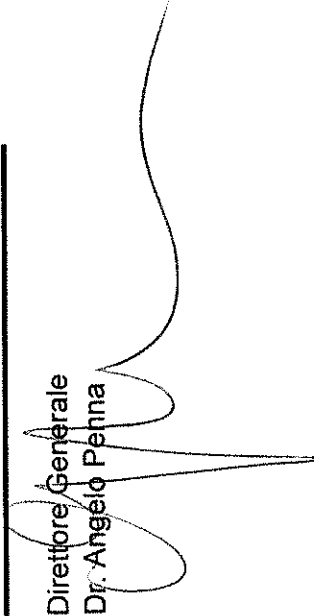
I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Medicina VB	Validazione Procedura Gestione del Piede diabetico	Publicazione procedura Gestione del piede diabetico	Applicazione e corso di formazione dedicato		5,00
Medicina VB	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		5,00
Medicina VB	Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari vs originatori, nel rispetto delle direttive regionali	Monitoraggio della messa in atto delle direttive regionali	Verifica esiti monitoraggio in aderenza alle disposizioni regionali	Capofila SOC Farmacia	5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
 Dr. Fabio Di Stefano



Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso
Nefrologia e dialisi	Procedura buttonhole	1. Corretta compilazione delle schede di sorveglianza: n° dei casi secondo procedura/totale dei casi x 100 2. Monitoraggio tasso di infezione	1. Standard 100% 2. standard di riferimento: < 0.30 episodi/1000 gg fistola	2,00
Nefrologia e dialisi	APPLICAZIONE PROCEDURA NEFROPATIE DA MDC	1. Applicazione della procedura ai pazienti ambulatoriali afferenti al Servizio di Radiologia X 100/ Anno 2. Controllo della funzione renale a 48 ore e 7 gg dalla somministrazione del MDC per i pazienti con rischio moderato / grave X 100/ Anno	1. standard 100% 2. standard 100%	2,00
Nefrologia e dialisi	Revisione Procedura Operativa per la gestione del Paziente con Insufficienza Renale Acuta ricoverato UTI (unità terapia intensiva)	Revisione ed implementazione della procedura attualmente in essere in collaborazione con SC Anestesia e Rianimazione	Approvazione della procedura entro 30/09/2019	2,00
Nefrologia e dialisi	PDTA Malattia Renale Cronica	N° Pz Amb. avviati al trattamento sostitutivo / n° Tot. Pz Amb. con MaReA X 100/ Anno N° Peritoniti in pz in DP/mesi tenckhoff /anno N° Pz. in DP Domiciliare / n° tot. Pz in trattamento dialitico X 100/ Anno N° infezioni pz con CVCt /1000 gg CVC/ Anno	Standard ≤ 15% Standard ≥ 30 mesi Standard ≥ 12% Standard ≤ 1	3,00
Nefrologia e dialisi	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.	2,00
Nefrologia e dialisi	Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari vs originatori, nel rispetto delle direttive regionali	Monitoraggio della messa in atto delle direttive regionali	Verifica esiti monitoraggio in aderenza alle disposizioni regionali	4,00
Totali (max 15 punti):				15,00

Dr. Maurizio Borzumati

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Neurologia	Raccolta dati per monitoraggio Stroke, indicatore 7 del PDTA	4. Appropriata accesso S.U. casi Ictus	4. 80%	85%	1,00
Neurologia	Raccolta dati per monitoraggio Stroke Indicatore 8 del PDTA	5. Tempo medio gestione intensiva in SU	5. 4 giorni	48/72 ore	1,00
Neurologia	Raccolta dati monitoraggio Stroke Indicatore 9	6. Degenza media	6. < 12 giorni	9,96	1,00
Neurologia	INDICATORI PNE 2018 (RIFERITO AD ANNO 2017)	AUDIT CLINICO TASSO MORTALITA' DOMO E VB	SCHEDA DI AUDIT CLINICO	CON SOC MEDICINA, dipsa, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00
Neurologia	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad		3,00
Neurologia	Revisione PDTA Stroke	Validazione revisione PDTA Stroke	Pubblicazione PDTA Stroke revisionato	Con dipsa, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	7,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
Dr.ssa Patrizia Julia
Patrizia Julia

Direttore Generale
Dr. Angelo Perina
Angelo Perina



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Neuropsichiatria Infantile	PP 29-NPI 02 Gestione Percorso Adolescenti.	MONITORAGGIO procedura	valutazione degli indicatori	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa	3,00
Neuropsichiatria Infantile	PDTA Gestione dell'Autismo	MONITORAGGIO procedura	valutazione degli indicatori	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa	3,00
Neuropsichiatria Infantile	PO 19-PED 14 follow up neonato pretermine e/o con patologia	MONITORAGGIO procedura	valutazione degli indicatori	In collaborazione con SOC Pediatria	3,00
Neuropsichiatria Infantile	PP 29-NPI 01 Procedura gestione ricovero ospedaliero urgente di Paziente afferente alla SOC NPI	MONITORAGGIO procedura	valutazione degli indicatori	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, dipsa	3,00
Neuropsichiatria Infantile	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.	Evidenza della applicazione delle azioni di miglioramento individuata in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		3,00

Totale (max 15 punti):

15,00

Direttore Soc NPI
Dr.ssa Stefania Voza

Stefania Voza

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna

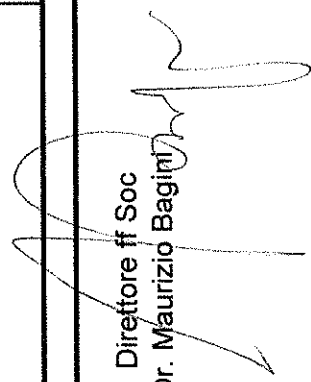
Angelo Penna



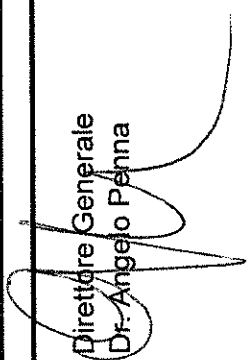
"Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DISPRTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Oculistica	Revisione 2019 PDTA Cataratta (terapia antibiotica, tracciabilità dispositivi medici)	Validazione Revisione	Pubblicazione Revisione	con DIPSA e DSO	5,00
Oculistica	Rispetto delle indicazioni Manuale sicurezza in Sala Operatoria	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSO e DIPSA	5,00
Oculistica	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.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore ff Soc
 Dr. Maurizio Bagini



Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna





I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Oncologia	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		3,00
Oncologia	Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari vs originatori, nel rispetto delle direttive regionali	Monitoraggio della messa in atto delle direttive regionali	Verifica esiti monitoraggio in aderenza alle	Capofila SOC Farmacia	5,00
Oncologia	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	DEFINIZIONI MODALITA' DI RACCOLTA INDICATORI	Raccolta, Verifica, valutazione del Monitoraggio	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	4,00
Oncologia	PDTA Tumori della LARINGE : 1. Attivazione GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) come da POA 2. Aderenza ai protocolli chemioterapici 3. Aderenza al PDTA Aziendale	1. N° pz TdM con valutazione GIC entro 15 gg dalla diagnosi istologica/ Tot. Pz con diagnosi TdL x 100 2. % aderenza a protocolli CT 3. % casi con approccio multidisciplinare se metastatici 4. % pz chemiotrattati in tempi appropriati	1. 90% 2. 100% 3. 90% 4. 90%		1,00
Oncologia	PDTA Tumori della MAMMELLA: 1. Attivazione GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) come da POA 2. Aderenza ai protocolli chemioterapici 3. Aderenza al PDTA Aziendale	1. N° pz TdM con valutazione GIC entro 15 gg dalla diagnosi istologica/ Tot. Pz con diagnosi TdM x 100 2. % aderenza a protocolli CT 3. % casi con approccio multidisciplinare se metastatici 4. % pz chemiotrattati in tempi appropriati	1. 90% 2. 100% 3. 90% 4. 90%		1,00



STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Oncologia	PD TA Tumori del Colon-Retto: 1. Attivazione GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) come da POA 2. Aderenza ai protocolli chemioterapici 3. Aderenza al PD TA Aziendale	1. N° pz TCR con valutazione GIC entro 15 gg dalla diagnosi istologica/ Tot. Pz con diagnosi TCR x 100 2. % aderenza a protocolli CT 3. % casi con approccio multidisciplinare se metastatici 4. % pz chemiotrattati in tempi appropriati	1. 90% 2. 100% 3. 90% 4. 90%		1,00

Totali (max 15 punti): 15,00

Direttore Soc
~~Dr. Mario Franchini~~

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico" Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Ortopedia DOMO	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
Ortopedia DOMO	Monitoraggio PO 27-OUP 07 Gestione Documentazione Sanitaria mediante checklist dedicate	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSO e DIPSA Compilazione completa della CC (PHI)	5,00
Ortopedia DOMO	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.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
Dr. Alberto Uderzo

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna

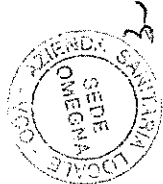


I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico "
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Orto-Traum. VB	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
Orto-Traum. VB	Monitoraggio PO 27-OUP 07 Gestione Documentazione Sanitaria mediante checklist dedicate	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA Compilazione completa della CC (PHI)	5,00
Orto-Traum. VB	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.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc
Dr. Alberto Uderzo

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" **Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019**

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Ostetricia Ginecologia	Raccomandazione Ministeriale n.6	Redazione procedure Accesso Diretto alla SOC Ostetricia	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET	Con dipsa, AR, DSO, altre SOC coinvolte	3,00
Ostetricia Ginecologia	Raccomandazione Ministeriale n.6	Redazione procedure Cesareo in urgenza/emergenza	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET	Con dipsa, AR, DSO, altre SOC coinvolte	4,00
Ostetricia Ginecologia	Raccomandazione Ministeriale n.6	Revisione della Procedura PO 17-OGI 11 Gestione Rotture Prematura Pretermine Membrane e allegati (pPROM)	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET	Con dipsa, AR, DSO, altre SOC coinvolte	2,00
Ostetricia Ginecologia	Raccomandazione Ministeriale n.6	Redazione procedura parto di Prova in pregresso cesareo	PUBBLICAZIONE NEL SITO INTRANET	Con dipsa, AR, DSO, altre SOC coinvolte	2,00
Ostetricia Ginecologia	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.	Evidenza della applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		4,00
Totale (max 15 punti):					15,00

Il Direttore Soc Ostetricia Ginecologia
 Dr. Alberto Arnulfo

Il Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019



STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
ORL	Rispetto delle indicazioni Manuale Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC; secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSa	2
ORL	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.		2
ORL	Audit Percorso Clinico Assistenza paziente pediatrico Adeno-tonsillectomia	Messa in atto delle azioni migliorative come da verbale del 20/09/2018	80%	Con SOC coinvolte Pediatria Pericovero etc.	6
ORL	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	RACCOLTA INFORMATIZZATA DEGLI INDICATORI PDTA GIC TESTA COLLO	VERIFICA ESITI DEL MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSPO, altre SOC, SOSD coinvolte	5.00

Tot. punti

15,00

Direttore Soc
Dr. Antonio Scotti

Direttore Generale
Dr. Angelo Penma



"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Pediatria	Monitoraggio Percorso Nascita	Vedere Tabella allegata Indicatori Percorso Nascita. Condivisione dati con DMI e attivazione azioni di miglioramento individuate.	Audit della raccolta e valutazione indicatori procedure dedicate	In collaborazione con DSO, Dipsa, Distretto Consultorio, altri attori del PN.	5,00
Pediatria	Redazione Procedura Gestione Emergenza del Bambino con Bronchiolite	Validazione Procedura Gestione del Bambino con Bronchiolite	Pubblicazione in intranet		5,00
Pediatria	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;	Evidenza della applicazione delle azioni di miglioramento individuate in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc Pediatria
Dr. Andrea Guala

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di Sos in Staff Anno 2019 -



STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Psicologia	PP 44-PSI 01 Attività Psico-Oncologica per Breast Cancer Unit/ Altri tumori	1. Numero di richieste di consulenze/ popolazione trattata X 100/ANNO 2. Numero consulenze per Breast Cancer Unit/ Numero consulenze psico-oncologiche X 100/ anno	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2014-2018).	Con Dipsa, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte.	3,00
Psicologia	PP 44-PSI 02 PDTA Attività psicologica nell'ambito del progetto MaReA. Assistenza psicologica e valutazione dei pazienti candidati al trapianto di rene con donatori viventi in collaborazione con SOC Nefrologia.	1. Numero di richieste di consulenze/ popolazione trattata X 100 2. Numero di opuscolo formativi consegnati ai pazienti e loro familiari/ popolazione trattata X 100	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2015-2018).	Con Dipsa, Nefrologia, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00
Psicologia	PP 14-GER 02 PDTA Diagnosi Precoce nelle Demenze	Valutazione neuro-psicologica di il livello con test neuro-psicologici	Gli standard sono da definire sulla base dei confronti annuali (2015-2018).	Con Dipsa, Geriatria, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00
Psicologia	Redazione procedura relativa allo screening, diagnosi e presa in carico delle pazienti con psicosi/depressione post-partum	Validazione della procedura	Pubblicazione nel sito intranet	Con Dipsa, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00
Psicologia	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% 2. Standard 80%	Con Dipsa, Ostetricia Ginecologia, GAT, Consultorio, DSM, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00

Totale (max 15 punti):

15,00

Responsabile Sos Staff
 Dr. Antonio Filiberti

Direttore Generale
 Dr. Angelo Pegna

I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"
Obiettivi Direttore di SOC Anno 2019



STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	PESO
Radiodiagnostica	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.		3,00
Radiodiagnostica	Procedura "Accertamenti radiologici in politrauma"	Applicazione procedura	Raccolta degli indicatori	Con SOC Ortotrauma, Chirurgia e dipsa	1,00
Radiodiagnostica	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	4,00
Radiodiagnostica	Monitoraggio PO 49-RD 01 Procedura Esami Radiologia Convenzionale a Domicilio	Raccolta e valutazioni indicatori	dati annuali 2017-2018	Con Dipsa e GAT.	3,00
Radiodiagnostica	APPLICAZIONE PROCEDURA NEFROPATIE DA MDC	MONITORAGGIO INDICATORI	dati annuali 2017-2019	Con Soc Nefrologia e DIPSA	2,00
Radiodiagnostica	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	DEFINIZIONI MODALITA' DI RACCOLTA INDICATORI	VERIFICA ESITI MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00

Totali (max 15 punti):

15,00

Dr. Attilio Guazzoni
 Direttore Soc
 Dr. Attilio Guazzoni

Dr. Angelo Penna
 Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna

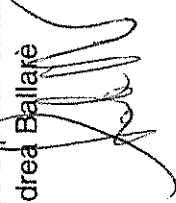
I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico"

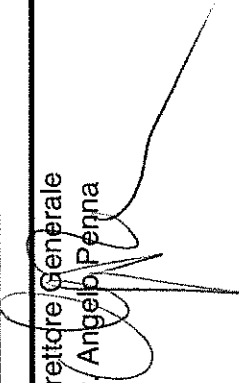
Obiettivi Direttore di SOSD Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Radioterapia	MONITORAGGIO APPLICAZIONE PROCEDURA ACCETTAZIONE E IDENTIFICAZIONE PAZIENTE	N° di segnalazioni di eventi conseguenti alla non corretta identificazione del paziente/N° totale trattamenti x 100 =	Standard 0%	Con Dipsa	1,00
Radioterapia	MONITORAGGIO APPLICAZIONE MANUALE PER LA SICUREZZA NELLA RADIOTERAPIA AD INTENSITA' MODULATA (PO 26-RT 06 Procedura per la Qualità e la Sicurezza nella Radioterapia ad intensità modulata)	1. N° di Reporting della dose completi di tutti i dati/ Totale casi trattati con IMRT 2. N° di questionari Quality of Life (QoL) compilati/ Totale casi trattati con IMRT.	1. Standard 100% 2. Standard 70%	Con Dipsa	1,00
Radioterapia	Redazione delle procedure di simulazione e trattamento per ogni singolo distretto anatomico.	1. Gestione cervico cefalico.	pubblicazione		3,00
Radioterapia	MONITORAGGIO TECNICA STEREOTASSICA GUIDATA DALLE IMMAGINI COME SOVRADOSAGGIO NELLA RT DELLE NEOPLASIE GINECOLOGICHE	Numero di casi trattati con tecnica stereotassica/totale casi candidati –	1. Standard Non Applicabile - confronto con anno 2018	Con Dipsa	1,00
Radioterapia	Applicazione PDTA Inter-aziendale Colon retto.	Pz con valutazione preoperatoria radioterapica/Totale pz con TCR X100	Standard 100%	Con GIC interaziendale Tumore colon retto	1,00
Radioterapia	Applicazione della checklist per la pianificazione dei trattamenti radioterapici come da procedure PO 26-RT 07 "Preparazione e Pianificazione del Trattamento Radioterapico" e PO 26-RT 08 "Computo e Registrazione Dose in Guasto del LINAC"	Verifica della cartelle Cliniche dei pazienti trattati della CL compilata.	Standard 100%	Con Personale Medico, Fisico e Tecnico Sanitario	3,00

STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Radioterapia	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.		4,00
Radioterapia	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	DEFINIZIONI MODALITA' DI RACCOLTA INDICATORI	Collaborazione con GIC interaziendali/aziendali	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	1,00

Totale (max 15 punti): **15,00**

Direttore Sos Dipartimentale
 Dr. Andrea Ballarè
 

Direttore Generale
 Dr. Angelo Penna
 

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA DIPARTIMENTO MEDICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso	Peso 30.06.19
R.R.F.	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	DEFINIZIONI MODALITA' DI RACCOLTA INDICATORI	VERIFICA ESITI MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	2,00	
R.R.F.	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 dalla richiesta /n° tot pz con richiesta FT	1. 90% 2. 80%		3,00	
R.R.F.	PDTA FAST TRACK ASL VCO-COQ	Applicazione percorso	Standard concordati (indicatori del PDTA)	Con dipsa, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	3,00	
R.R.F.	Percorso Ictus: 1 Applicazione procedura PRI - PSR 4.3 Postacuzie e riabilitazione pag. 123-125 - DGR 27-3628 28 marzo 2012 2. Applicazione POA PRI	N° pz con PRI entro 5 gg dal ricovero/ N Tot. Pz con richiesta PRI x 100 (slide n. 12 e 20 progetto Ictus)	Report Applicazione POA		3,00	
R.R.F.	Procedura gestione dei ricoveri riabilitativi respiratori.	Monitoraggio Procedura	Raccolta e verifica indicatori	In collaborazione con Distretti	3,00	
R.R.F.	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.		1,00	
Totali (max 15 punti):					15,00	0,00

Direttore Soc RRF
Silvia Rossi

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



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

Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Peso
Ser.D.	APPLICAZIONE PP 40-SERT 02 PDPA Presa in carico minori e giovani adulti per valutazione disturbi uso	Monitoraggio e valutazione indicatori	Scheda di Audit	3,00
Ser.D.	Organizzare una formazione dedicata sulle "precauzioni universali alla violenza"	Corso di formazione con SOC SMT e SOSD SPDC	Partecipazione 50% del personale	1,00
Ser.D.	Applicazione Percorso di Cura PP 40-SERT 01 PDPA Presa in carico pz alcolista o con patologie alcolcorrelate	Monitoraggio e valutazione indicatori	Come da indicatori	3,00
Ser.D.	Applicazione PO 40-SERT 03 Verifica Assenza Tossicodipendenza nei Lavoratori a Rischio	Monitoraggio e valutazione indicatori	Come da indicatori	2,00
Ser.D.	Applicazione PO 40-SERT 02 Verifica Assenza Alcolodipendenza	Monitoraggio e valutazione indicatori	Come da indicatori	2,00
Ser.D.	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.	2,00
Ser.D.	Applicazione PO 40-SERT 01 Inserimento in strutture residenziali accreditate pazienti con dipendenze	Monitoraggio e valutazione indicatori	Come da indicatori	2,00
Totali (max 15 punti):				15,00

Direttore Soc
Dr.ssa Chiara Grossi

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



I.P. "Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico" Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	APPLICAZIONE PERCORSO Gestione dell'Autismo	RACCOLTA E MONITORAGGIO INDICATORI DEL PDTA	Valutazioni esiti indicatori	In collaborazione con DMI, NPI, SPDC, MCU	2
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	APPLICAZIONE PERCORSO SUPPORTO A FAMIGLIE CON PAZIENTI PSICHIATRICI	RACCOLTA E MONITORAGGIO INDICATORI DEL PDTA	Valutazioni esiti indicatori	In collaborazione con DMI, DSM-SPDC, MCU, Dipsa	4
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	Organizzare una formazione dedicata sulle "precauzioni universali alla violenza"	Corso di formazione	Partecipazione 70% del personale DSM	con SERD, DiPSa e Formazione	3
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	PO 09-SMT 01P Procedura gestione episodi di violenza	Applicazione e Monitoraggio procedura	Valutazioni esiti indicatori	con SERD, DiPSa, SPP, Psicologia, Dipartimenti	2
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	Collaborazione a MONITORAGGIO: Procedura gestione ricovero ospedaliero urgente di Paziente affettante alla SOC NPI	MONITORAGGIO INDICATORI	Valutazioni esiti indicatori	In collaborazione con NPI, Pediatria, MCU, Dipsa.	2
SERVIZIO Salute Mentale TERRITORIALE	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.		2

Totale (max 15 punti):

15

Direttore Soc
Dr. Angelo Mazza

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna



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

Obiettivi Direttore di Sos Dip. Anno 2019-

STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
SIMT	Monitoraggio cruscotto indicatori di macroprocesso come da requisiti Accredittamento Istituzionale	Raccolta dati. Valutazione dati con azioni di miglioramento	Scheda audit	Risoluzioni non conformità audit interno anno 2018.	4,00
SIMT	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 azioni di miglioramento in seguito ad Audit/RCA per segnalazioni (incident reporting) o ad Osservazione Diretta.		3,00
SIMT	Corso di Formazione "La Trasfusione di Plasma e Piastrine: modalità di richiesta ed indicazioni cliniche per un uso appropriato"	Programmazione Corso	Corso ECM	Prevista la partecipazione di: MCU, DMI, Dipartimenti Medico e Chirurgico (corso previsto dal Piano Formativo Aziendale per il RM)	3,00

STRUTTURA DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
SIMT	Pubblicazione Programma di Patient Blood Management	Applicazione procedura	N° casi con trattamento marziale prechirurgico / totale casi afferiti all'Amb PBM N° casi con recupero intraoperatorio per perdite ematiche $\geq$ al 10% / totale casi candidati al recupero intraoperatorio	con DSO, SOC AR, SOC Oncologia e Dipartimento Chirurgico.	5,00

Totali (max 15 punti): 15,00

Direttore SOSD Dipartimentale

Dr. Leonardo Ruscitto

Direttore Generale

Dr. Angelo Penna



Obiettivi Direttore di Sos Dip. Anno 2019

nti):
Direttore
Dr. Ermelinda

15

Direttore Generale
Dr. Angelo Penna

"Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico"
Obiettivi Direttori di SOC Anno 2019



STRUTTURA DIPARTIMENTO CHIRURGICO	OBIETTIVO	INDICATORE	Standard concordato	Commento	Peso
Urologia	Rispetto delle indicazioni Manuali Sicurezza in Sala Operatoria - Raccomandazioni e Checklist - Ministero della Salute 2009	AUDIT CC: secondo indicazioni regionali	80%	con DSPO e DIPSA	5,00
Urologia	DGR 51-2485 del 23/11/2015. APPLICAZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI E INTERAZIENDALI	RACCOLTA INDICATORI PDTA GIC UROLOGICI	VERIFICA ESITI MONITORAGGIO	CAPOFILA SOC Oncologia. Con CG, ICT, DSO, altre SOC, SOSD coinvolte	5,00
Urologia	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.		5,00
Totali (max 15 punti):					15,00

Direttore Soc

Dr. Danilo Centrella

Direttore Generale

Dr. Angelo Penna