



**A.S.L. NO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA**  
**Viale Roma 7 - NOVARA**

***DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE***

**N° 58 del 31/01/2024**

**OGGETTO: ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA  
ALLE STRUTTURE AZIENDALI E DI PERFORMANCE INDIVIDUALE  
AI DIRETTORI DI STRUTTURA/DIPARTIMENTO E AI  
COORDINATORI – ANNO 2024.**

**§§§§§§§§§§**

**IL DIRETTORE GENERALE**

*(nominato con D.G.R. n° 10-3292 del 28 maggio 2021)*

**Nella data sopra indicata, su conforme proposta istruttoria della competente Struttura aziendale (sopra individuata), previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario, ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.**

**§§§§§§§§§§**

## IL DIRETTORE GENERALE

**RICHIAMATO** l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2021, n. 113: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", che introduce il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e che stabilisce che le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) debbano riunire in un unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione;

il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SiMiVaP) dell'Azienda Sanitaria Locale di Novara, aggiornato con deliberazione del Direttore Generale n. 694 del 19 dicembre 2023

**CONSIDERATO** che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) stabilisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Azienda;

che, in linea con gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Azienda definiti nel PIAO e così come disciplinato dal SiMiVaP, l'ASL NO ha provveduto per l'anno 2024 a definire:

- gli obiettivi di performance organizzativa con i relativi indicatori e pesi, comprensivi del Piano aziendale di qualità e gestione del rischio (Allegato 1) e del Piano triennale di Innovazione e sviluppo (Allegato 2) da assegnare alle diverse strutture aziendali;
- gli obiettivi di performance individuale dei Direttori di dipartimento, delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e delle strutture semplici, nonché dei Coordinatori;

che per la definizione dei suddetti obiettivi si è tenuto conto – fra l'altro – di quanto disposto dalla D.G.R. n. 9-11625 del 22.6.2009, avente ad oggetto: *"Recepimento degli Accordi regionali sottoscritti con le OO.SS. firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ai sensi dell'art. 5 dei rispettivi Contratti di lavoro del 17.10.2008"*;

**PRESO ATTO** dell'organizzazione dell'ASL NO disciplinata nell'atto aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 352 del 18 giugno 2021;

**DATO ATTO** che nel periodo 11 gennaio – 26 gennaio 2024 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili e i Coordinatori per assegnare gli obiettivi per l'anno 2024;

che in sede di discussione degli obiettivi è stato sottolineato ai Direttori/Responsabili delle strutture interessate:

- che la Regione Piemonte non ha ancora provveduto all'assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali degli obiettivi

economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024;

- che pertanto l'obiettivo "Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024" assegnato a tutte le strutture aziendali sarà declinato al recepimento degli obiettivi di cui al comma precedente;
- che i Direttori delle strutture direttamente coinvolte nel perseguimento degli obiettivi di cui al punto precedente saranno anche chiamati a predisporre tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi e la parte di competenza della sintetica relazione riepilogativa di accompagnamento, entro le tempistiche indicate dalla DGR di assegnazione degli obiettivi stessi;

## PRECISATO

che la definizione ed assegnazione del budget economico 2024 sarà determinata in seguito all'aggiornamento della programmazione economico-finanziaria 2024;

che per quanto concerne l'assegnazione del budget alla s.s.d. Gestione e funzioni amministrative decentrate a valenza territoriale, il vincolo di budget gestito dalla Struttura sarà correlato alle determinazioni regionali in materia;

altresì che i volumi delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramurale delle singole strutture non possono essere superiori ai volumi dell'attività istituzionale erogata, così come previsto dalla normativa in vigore (Legge 3.8.2007, n. 120, e successive modificazioni e integrazioni);

che nella descrizione dell'obiettivo attribuito alla ss UVOS "*Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)*" la dicitura "per l'anno 2018" è da sostituire con "per l'anno 2024";

altresì che la dicitura dell'indicatore dell'obiettivo "*Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza*" assegnato alle seguenti strutture: s.s.d. Consultori, s.c. Neuropsichiatria infantile, s.s.d. Commissione Vigilanza, s.c. Medicina legale, s.s. PMPPV Epidemiologia Veterinaria, s.c. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, s.c. Sanità Animale, s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati, s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche, s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica, s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro, s.c. SerD, "N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso" è da sostituire con "**N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso**". Restano invariati lo standard e le restanti voci dell'obiettivo.

**RITENUTO** di attribuire per l'anno 2024 gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale allegati al presente provvedimento (allegato 3), quali parte integrante e sostanziale, alle Strutture Complesse, alle Strutture Semplici Dipartimentali, alla funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione, al Servizio Sociale Professionale Aziendale, alla s.s. PMPPV Epidemiologia Veterinaria e alla s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening e ai Direttori e Coordinatori delle medesime. Tali obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;

**DATO ATTO** che il Coordinatore della s.s.d. Otorinolaringoiatria non ha potuto partecipare all'incontro tenutosi per la discussione degli obiettivi della performance organizzativa della struttura, il Direttore della s.s.d. Otorinolaringoiatria provvederà a condividerli con il Coordinatore e ad assegnargli gli obiettivi di performance individuale, così come disciplinato dal SiMiVaP vigente;

**PRECISATO** che gli obiettivi ed i programmi assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2024 da ogni singolo dirigente, entro un numero di ore definito ai sensi dell'art. 27, comma 3, CCNL 23/01/2024, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

che le ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 (n. 35 ore per la Dirigenza Medica, n. 37 ore per la Dirigenza Veterinaria, n. 28 ore per la Dirigenza Sanitaria e n. 28 ore per la dirigenza PTA) saranno dedicate all'obiettivo attribuito a tutte le strutture aziendali come da allegato 4;

**RITENUTO** di collegare al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione della retribuzione di risultato anno 2024 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

*Con il concorso dei pareri dei Direttori Amministrativo e Sanitario riportati in calce al presente provvedimento.*

### **DELIBERA**

per tutto quanto in premessa indicato:

- 1. di attribuire** per l'anno 2024 gli obiettivi di performance organizzativa e individuale, ivi compresi per parte di competenza quelli previsti dal Piano aziendale di qualità e gestione del rischio e dal Piano triennale di Innovazione e sviluppo allegati al presente provvedimento (cfr. allegati 1, 2 e 3), quali parte integrante e sostanziale, alle strutture complesse, alle strutture semplici dipartimentali, alla funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione, al Servizio Sociale Professionale Aziendale, alla s.s. PMPPV Epidemiologia Veterinaria e alla s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening, nonché ai Direttori e Coordinatori delle citate strutture e di dipartimento;

2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance organizzativa e individuale;
3. **di dare mandato** al Direttore della ssd Otorinolaringoiatria di condividere gli obiettivi della struttura con il Coordinatore e di attribuire al medesimo, secondo quanto disciplinato dal SiMiVaP gli obiettivi di performance individuale;
4. **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 1. - la cui verifica sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - sono rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato e per la verifica e valutazione dei risultati di gestione e prestazionali dei direttori di Dipartimento e di struttura complessa e di struttura semplice di cui all'art. 57, comma 4, lett. a) CCNL 19/12/2019 area dirigenza Sanità e all'art. 76, comma 4 lett. a) CCNL 17/12/2020 del personale dell'area delle funzioni locali;
5. **di precisare** che nella descrizione dell'obiettivo attribuito alla ss UVOS "*Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)*" la dicitura "per l'anno 2018" è da sostituire con "per l'anno 2024";
6. **di precisare** altresì che la dicitura dell'indicatore dell'obiettivo "*Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza*" assegnato alle seguenti strutture: s.s.d. Consultori, s.c. Neuropsichiatria infantile, s.s.d. Commissione Vigilanza, s.c. Medicina legale, s.s. PMPPV Epidemiologia e Sorveglianza Veterinaria, s.c. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, s.c. Sanità Animale, s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati, s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche, s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica, s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro, s.c. SerD, "N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso" è da sostituire con "**N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso**". Restano invariati lo standard e le restanti voci dell'obiettivo.
7. **di precisare** che i Direttori delle strutture direttamente coinvolte nel perseguimento degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali per l'anno 2024, una volta definiti dai competenti settori regionali, saranno chiamati a predisporre tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi e la parte di competenza della sintetica relazione riepilogativa di accompagnamento, entro le tempistiche indicate dalla DGR di assegnazione degli obiettivi stessi;
8. **di stabilire** che gli obiettivi e i piani assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2024 da ogni singolo dirigente, entro un numero di ore definito ai sensi dell'art. 27, comma 3, CCNL 23/01/2024, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

**9. di stabilire** altresì che le ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 (n. 35 ore per la Dirigenza Medica, n. 37 ore per la Dirigenza Veterinaria, n. 28 ore per la Dirigenza Sanitaria e n. 28 ore per la dirigenza PTA) saranno dedicate all'obiettivo attribuito a tutte le strutture aziendali come da allegato 4;

**10. di collegare** al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente provvedimento - la cui verifica è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - la corresponsione della retribuzione di risultato anno 2024 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

**LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Angelo Penna**

(Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. 82/2005)

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 6 pagine e di 4 allegati.  
Allegato 1 – Piano Aziendale di qualità e gestione del rischio – ASL NO – 2024, 2 pagine  
Allegato 2 – Piano Triennale di innovazione e sviluppo – ASL NO – 2024-2026, 4 pagine  
Allegato 3 – Obiettivi performance organizzata e individuale – ASL NO-2024, 209 pagine  
Allegato 4 – Obiettivo prestazionale di cui alla D.G.R. 9-11.625 del 22/06/2009, 3 pagine

**PIANO AZIENDALE DI QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO - ASL NO - 2024**

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<b>Monitoraggio dei principali processi della struttura</b>	Garantire il monitoraggio dei processi aziendali attraverso la raccolta degli indicatori (ove previsti) dalle procedure/istruzioni operative redatte dalla struttura	1) Invio dei processi da monitorare e dei relativi indicatori da parte del GoCSS alle strutture 2) Predisposizione per ogni indicatore del report con apposito format aziendale	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro la tempistica prevista dalle singole procedure/istruzioni operative	1) SSD GoCSS 2) Tutte le strutture aziendali, ove presenti indicatori da rilevare	Format aziendale compilato e firmato, caricato sul cruscotto
	Monitorare la corretta applicazione dei processi attraverso l'effettuazione di Safety Walk Around (SW)	1) Definizione della struttura oggetto del SW nell'ambito del Dipartimento/Distretto e comunicazione alla ssd GoCSS 2) Predisposizione del calendario e del materiale per l'esecuzione dei SW 3) Attuazione SW per almeno 1 struttura per dipartimento e una sede per Distretto	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il 30/04/2024 3) Entro il 31/12/2024	1) Strutture sanitarie identificate 2) SSD GoCSS e DMPO per parte ospedaliera 3) Strutture sanitarie identificate	1) Individuazione della struttura riportata nel cruscotto 2) Calendario e materiale caricato su cruscotto aziendale 3) Relazione SW
<b>Audit clinico</b>	Al fine di garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza, effettuare uno specifico audit clinico su un processo/tematica "critico". Per il 2024, inoltre, è stata definita come tematica aziendale l'appropriata prescrizione della profilassi antibiotica peri-operatoria	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) identificazione dell'argomento b) raccolta dei dati c) analisi dei dati d) identificazione di eventuali azioni di miglioramento e) condivisione dei risultati con l'intera struttura	a) Entro il 29/02/2024 b-c-d-e) Entro il 31/12/2024	a1) Tutte le strutture sanitarie aziendali, ove si ritenga utile e necessario effettuare l'audit clinico a2) Tutte le strutture sanitarie aziendali che interessate alla tematica aziendale (reparti chirurgici e farmacia ospedaliera); b,c,d,e,f) Tutte le strutture interessate alla tematica	a1) Indicazione argomento sul cruscotto aziendale a2) Elenco strutture e relativo argomento oggetto di audit clinico b,c,d,e,f) Relazione sull'audit clinico condotto
<b>Promozione cultura della qualità</b>	Dare applicazione alla "PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO NELLA ASL NO" e alla digitalizzazione del processo come previsto dal PNRR	1) Aggiornare/predisporre almeno una scheda informativa 2) Inserire tutte le schede informative aggiornate nel FSE	Entro il 31/12/2024	Tutte le strutture aziendali che erogano prestazioni che richiedano consenso informato e SICG	Scheda informativa caricata su cruscotto aziendale
	Definire ed uniformare le modalità operative con cui si erogano prestazioni e/o servizi, attraverso la redazione o revisione di documenti quali: procedure/istruzioni operative/regolamenti/PDTSA Ecc..	Redazione o revisione di almeno un documento secondo quanto previsto dalla procedura: Redazione/revisione di documenti in ASL NO	Entro il 31/12/2024	Tutte le strutture aziendali che non erogano prestazioni che richiedano consenso informato	Procedura o istruzione operativa redatta o revisionata secondo format aziendale caricata su cruscotto aziendale
<b>CADUTE</b>	Promuovere la prevenzione ed il monitoraggio delle cadute presso l'ASL NO	Revisionare la procedura per la prevenzione ed il monitoraggio delle cadute presso l'ASL NO prevedendo l'inclusione del setting domiciliare	Entro il 31/12/2024	Tutte le strutture del campo di applicazione della procedura esistente e Distretti, UOCP	Procedura revisionata secondo format aziendale e caricata su cruscotto aziendale
<b>LDP</b>	Promuovere la cultura del monitoraggio degli esiti relativi all'assistenza tramite la rilevazione di uno specifico indicatore	1) Predisposizione del materiale per la rilevazione dell' indicatore 2) Rilevazione periodica dell'indicatore di esito (N. di pazienti che presentano insorgenza di una Ldp/N.dei pazienti*100 N.B. indicatore è stratificato per fasce di rischio. N.B. Sono esclusi pazienti con Ldp al momento della presa in carico) 3) Incontro per la diffusione dei risultati	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il: 29/03/2024 31/07/2024 31/10/2024 31/12/2024 3) Entro il 31/12/2024	1) SSD GoCSS 2) Strutture di degenza 3) SSD GoCSS	1) Documentazione/materiale relativa/o alla rilevazione dell'indicatore 2) L' RQR delle strutture invia report trimestrale a qualita@asl.novara.it e successivamente lo carica sul cruscotto dopo verifica da parte della SSD GoCSS 3) Verbale incontro diffusione dei risultati
<b>Quinquennale</b>	Al fine di garantire l'efficienza del sistema formativo con particolare riguardo ai corsi previsti dal D.lgs 81/08 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	N. operatori* afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	10/03/2024 10/05/2024 10/07/2024 10/09/2024 08/11/2024	Tutte le strutture aziendali	Report SPP caricato su cruscotto aziendale
<b>Enterobatteri carbapenemi-resistenti</b>	Valutare l'efficacia delle procedure di isolamento dei pazienti colonizzati da enterobatteri carbapenemi-resistenti	N. Pazienti non colonizzati da enterobatteri carbapenemi- resistenti alla dimissione/totale dei pazienti non colonizzati da enterobatteri carbapenemi- resistenti al momento del ricovero	>90%	Medicina - CPVE	Report caricato su cruscotto aziendale
<b>Controllo attività Dipartimento Prevenzione</b>	Garantire la corretta applicazione dei controlli di attività	1) Definizione della check list 2,3,4,5) Applicazione periodica della check list	1) 10/03/2024 2) 10/05/2024 3) 10/07/2024 4) 10/09/2024 5) 08/11/2024	Strutture DP	1) Check list 2,3,4,5) Check list compilata
<b>Gestione rischio privati</b>	Mappatura dello stato dell'arte nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate relativamente a: - procedure gestione cadute in uso - presenza delle check list in sala operatoria - criteri di gestione del processo di somministrazione dei farmaci (presenza procedure/protocolli) - procedure per prevenzione e controllo ICA	1) Rilevazione con nota inviata 2) Mappatura dell'esistente 3) Rendicontazione verifica con presenza visione diretta durante i sopralluoghi pianificati nel 2024	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il 30/06/2024 3) Entro il 20/01/2025	ML COMMISSIONE VIGILANZA SISP	1) Nota 2) Relazione 3) Relazione

<b>Check-list</b>	Monitoraggio della check list presso U.O. Chirurgiche	1) N. check-list sala operatoria compilate/totale check-list da compilare; 2) Predisposizione report annuale	1) 100% 2) Entro il 15/01/2025	1) Strutture chirurgiche 2) DMPO	Report DMPO di monitoraggio
<b>DUVRI</b>	Al fine di uniformare la gestione delle ditte esterne che erogano servizi/prestazioni in appalto presso l'ASL NO, relativamente agli aspetti di sicurezza ai sensi del D.lgs predisporre specifiche modalità operative per a) la verifica tecnico professionale delle imprese b) l'individuazione del soggetto responsabile presso l'ASL NO dell'appalto relativamente agli aspetti di sicurezza sul lavoro; c) l'attività di coordinamento con le imprese d) la redazione e condivisione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI) e) la verifica dell'attività effettuata dagli appaltatori	Redazione del documento con descrizione delle modalità operative	Entro il 31/12/2024	SPP (Capofila) - STP	Documento
<b>Audit Servizi sicurezza alimentare</b>	Audit interno dei Servizi di sicurezza alimentare secondo indicazioni regionali di cui alla D.D n. 126/A1409C/2023 del 25/01/2023 recante "Approvazione delle linee di indirizzo e della modulistica a supporto dello svolgimento degli audit sulle autorità competenti per il controllo ufficiale e le altre attività ufficiali ai sensi del Regolamento (UE) del 15 marzo 2017 n. 625. Aggiornamento della DD 1020 del 23/12/2011 e della DD 13 del 14/01/2016"	N. audit effettuati/N. audit programmati	100%	SIAN SIAV B SIAV C	Verbale di audit
<b>PNE</b>	Al fine di garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza, allinearsi agli standard dei principali indicatori previsti nel Piano Nazionale Esiti e prevedere per gli indicatori fuori standard nel 2022 specifico audit clinico sulla tematica per individuare criticità e azioni di miglioramento	1) Valore indicatore PNE 2) Audit clinico	1) Standard previsto dal PNE 2) Per gli indicatori fuori standard nel 2022, entro il 31/12/2024	Cardiologia, Ostetricia e ginecologia, Chirurgia, Tramatologia, Neurologia, Nefrologia, Medicina, Anestesia e rianimazione, DMPO	1) Relazione e report SICG 2) Relazione audit
<b>DONAZIONI D'ORGANO</b>	Dare piena attuazione - attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell'Infermiere Esperto nel Procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 - dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2023 a incrementare il procurement di organi e di cornee.	1) Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) 2) Non opposizioni alla donazione di organi 3) Donatori di Cornee	1) Tra il 20 e il 40 % 2) Tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore o uguale al 33 % delle segnalazioni di morte encefalica 3) $\geq$ anno 2023	CARDIO GINE CHIR TRAUMA NEURO NEFRO MED RIA DMPO MECAU	1) Relazione e report SICG 2) Relazione audit
<b>ICA</b>	Perseguire a livello aziendale gli obiettivi per la lotta alle ICA e assicurare il necessario raccordo di altri Programmi (PLP P10 e 12, Piano Cronicità) con il Programma aziendale ICA/AMR, mediante il coinvolgimento di Direttori delle strutture ospedaliere e del territorio (Direttori di Distretto, SC Farmacia territoriale, SC SIAV C, rappresentanti PLS e MMG), oltre al rSPP e al Referente aziendale Rischio Clinico	Istituzione di gruppi di lavoro "satellite" del CICA, multidisciplinari e multiprofessionali (da attivare ex novo o implementare) con assegnazione di specifici mandati annuali  Obiettivi annuali raggiunti/assegnati	Almeno 4 gdl deliberati: 1. Gruppo di Lavoro Antimicrobial Stewardship (GLAS)* 2. Gruppo PLP PP10* 3. Gruppo di lavoro per la sorveglianza delle ICA in RSA* 4. Task force "promozione vaccini"*  Almeno 70%	Tutte le strutture aziendali	Atti istitutivi dei Gruppi di lavoro Rendicontazione obiettivi programma ICA/AMR

\* Gruppo di Lavoro Antimicrobial Stewardship (GLAS): gruppo esistente per il quale va fatto l'aggiornamento della composizione con sostituzione dei componenti non più in essere (DMPO, SISP e Chirurgia) e l'integrazione con rappresentanti Farmacia Territoriale, Distretti, SIAV, PLS, MMG; in particolare queste ulteriori figure collaboreranno per progettualità specifiche su appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e nella stesura del report annuale sul consumo di antibiotici;  
Gruppo PLP PP10: gruppo esistente - che persegue obiettivi sulla stessa tematica - per il quale va fatto l'aggiornamento della composizione con sostituzione dei componenti non più in essere  
Gruppo di lavoro per la sorveglianza delle ICA in RSA: da attivare ex novo, composto da ICI territorio, rappresentanti del SISP, Distretti e Commissione di vigilanza su RSA, con il coinvolgimento al bisogno di Farmacia Territoriale e MMG  
Task force "promozione vaccini" (DMPO, DIPSA, Medico Competente, SISP, clinici) da attivare per mettere in campo nuove azioni concrete di sensibilizzazione per migliorare l'adesione alle vaccinazioni.  
Il Presidente CICA può avvalersi di un GOR Gruppo Operativo Ristretto) fatto da solo alcuni membri esperti in caso di tematiche specifiche da affrontare.  
I gruppi satellite coordinati da un membro del CICA lavoreranno in autonomia per realizzare i mandati assegnati - che sono descritti nelle "decisioni" riportate al paragrafo 1. e/o che verranno integrati con la stesura definitiva del Programma ICA/AMR 2024 anche sulla base delle indicazioni regionali che perverranno in corso d'anno -.  
Il coordinatore di ciascun gruppo satellite verbalizzerà gli incontri che saranno organizzati e relazionerà al CICA in seduta plenaria sullo stato di attuazione dei mandati.

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2024-2025-2026 (in continuità con il PIANO 2023-2024-2025)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<b>Ambulatorio dedicato ad "Autismo e Disabilità"</b>	Apertura come da dettami regionali di un ambulatorio dedicato ad "Autismo e Disabilità" da attuarsi in tre momenti: 1) mappatura delle risorse e della domanda in collaborazione con le Unità Multidimensionali di Valutazione Disabilità 2) definizione e formulazione dei percorsi 3) messa a regime dell'ambulatorio con rilevazione delle criticità	1) Mappatura della domanda e delle risorse 2) Definizione e formulazione dei percorsi 3) Messa a regime dell'ambulatorio con rilevazione delle criticità	1) Entro il 31/12/2023 2) Entro il 31/12/2024 3) Entro il 31/12/2024	DSM PSICO NPI DIPSА	1) Progetto 2) Documento che definisca le modalità operative 3) Nota avvio attività
<b>DCA</b>	Definizione di un percorso all'interno dell'ASL NO per la presa in carico dei pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare	1) Definizione del modello organizzativo 2) Modalità operative di gestione dei pazienti con DCA	1) Entro il 31/12/2023 2) Entro il 31/12/2024	DSM PSICO NPI DMPO DISTRETTI SIAN DIPSА PED	1) Progetto 2) Documento che definisca le modalità operative
<b>TREAT&amp;EXTEND</b>	Monitorare l'applicazione del modello organizzativo per il regime di trattamento TREAT&EXTEND nel paziente affetto da maculopatia	Monitoraggio dell' implementazione del modello organizzativo	Entro il 31/12/2024	OCU	Relazione monitoraggio attività
<b>PPFF</b>	Implementazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili nell'ASL NO Progetto Protezione famiglie fragili	1) Secondo quanto previsto dal progetto rete oncologica 2) N. di pazienti presi in carico nel 2024	1) Secondo quanto previsto dal progetto rete oncologica 2) >25% rispetto al 2023	ONCO CHIR ORL UOCP UROL	Secondo quanto previsto dal progetto rete oncologica
<b>Chirurgia laser della prostata</b>	Sviluppo della chirurgia laser della prostata: acquisizione strumentario e curva apprendimento	1) Studio di fattibilità 2) Attivazione percorso HTA 3) Numero di procedure laser nel 2024	1) Entro il 31/12/2023 2) Entro il 31/12/2024 3) >50	UROL	1) Studio di fattibilità 2) Relazione HTA 3) Report
<b>Osteoporosi</b>	Gestione del paziente con osteoporosi nell'ASL NO	Definizione di modalità operative per la gestione dei pazienti affetti da osteoporosi	Entro il 31/12/2024	RRF TRAUMA FO FT ONCO	Documento che definisca le modalità operative
<b>Emergenza extra-ospedaliera</b>	Ricognizione delle strutture territoriali per la mappatura dei carrelli per garantire l'applicazione della procedura dell'emergenza extra-ospedaliera	1) Censimento carrelli emergenza 2) Definizione delle modalità operative 3) Diffusione delle modalità operative 4) Monitoraggio del processo	1) Entro il 10/07/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 30/06/2024 4) Entro il 31/12/2025	1,2,3) Strutture territoriali FO RIA 4) Med. Comp.	1) Censimento 2) Documento che definisca le modalità operative 3) Evento formativo 4) Relazione
<b>Armadio farmaceutico</b>	Promuovere la cultura della qualità e la gestione del rischio clinico attraverso la corretta tenuta dell'armadio farmaceutico e del carrello di emergenza presente nelle strutture aziendali	1) Costituzione gruppo di lavoro 2) Predisposizione delle modalità e del sistema di mappatura degli armadi farmaceutici e dei carrelli di emergenza 3) Censimento degli armadi farmaceutici e dei carrelli di emergenza presenti in azienda 4) Analisi delle criticità rilevate e relativa identificazione delle azioni di miglioramento 5) Definizione delle modalità operative per la corretta gestione e verifica dell'armadio farmaceutico 6) Divulgazione delle modalità operative per la corretta gestione dell'armadio farmaceutico attraverso la partecipazione ad evento formativo FAD di almeno un operatore per struttura 7) Applicazione sperimentale dell'Istruzione Operativa per la corretta gestione dell'armadio farmaceutico e verifica della sua applicazione	1) Entro il 10/03/2023 2) Entro il 10/05/2023 3) Entro il 10/07/2023 4) Entro il 08/09/2023 5) Entro il 10/11/2023 6) Entro il 30/06/2024 7) Entro il 31/10/2024	Tutte le strutture sanitarie	1) Mail prodotta da FO-FT 2) Relazione 3) Database 4) Relazione 5) Documento che definisce le modalità operative 6) Report 7) Report
<b>Efficientamento sala operatoria</b>	Sviluppare nel triennio 2023-2025 un progetto di ottimizzazione e governo del processo produttivo di sala operatoria, mediante lo sviluppo del percorso del paziente chirurgico, integrato tra le diverse strutture ospedaliere coinvolte, e l'adozione di soluzioni infrastrutturali e tecnologiche/informatiche di misurazione e monitoraggio, in modo da migliorare la qualità e la sicurezza delle cure erogate in Ospedale, anche in un'ottica di gestione del rischio.	1) Realizzare l'adeguamento infrastrutturale ed informatico e organizzativo previsto dalle Linee di indirizzo Regolamento liste di attesa ricoveri programmati, applicando una soluzione automatica nel P.O. di Borgomanero per il monitoraggio della posizione e dei tempi di accesso ai diversi spazi del blocco operatorio e la rilevazione dello stato di occupazione delle sale per il supporto all'operatività e l'analisi delle performance 2) Disporre di report annuale con indicatori regionali 3) Completare l'integrazione informatica per la rilevazione del processo produttivo di sala operatoria: rilevamento automatico della posizione e delle tempistiche di accesso.	1) Entro il 31/12/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2024	1,2) DMPO OCU ORL TRAUMA UROL CHIR RIA CARDIO GINE NEFRO SICG 3) SICG, DMPO Capofila: DMPO	1) Relazione 2) Report

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2024-2025-2026 (in continuità con il PIANO 2023-2024-2025)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Customer satisfaction	Implementare un sistema di monitoraggio sistematico della qualità percepita del paziente in tutta l'ASL NO	1) Avvio della sperimentazione del sistema presso i reparti di degenza del Presidio Ospedaliero e dell'Hospice 2) Avvio della sperimentazione presso le sedi del Distretto Urbano di Novara 3) Implementazione del sistema presso gli ambulatori del presidio ospedaliero 4) Estensione del sistema presso le restanti sedi territoriali	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2024 4) Entro il 31/12/2025	Tutte le strutture sanitarie	1, 2, 3, 4) Reportistica
Dematerializzazione	Prosecuzione ed attuazione del processo di dematerializzazione della documentazione cartacea inerente le notifiche di nuove attività, subingressi, modifica tipologie mediante la creazione di un archivio informatizzato.	Implementazione ed alimentazione dell'archivio informatizzato	Entro il 31/12/2024	SIAN, SISP, SPRESAL, SIAV A,B,C PMPPV CV	Rendicontazione
PGS	Dare attuazione al Piano di Gestione del Sovraffollamento	1) PGS aggiornato 2) n. Audit condotti	1) Secondo le tempistiche regionali 2) Almeno 10	DMPO Reparti di degenza MECAU	1) PGS 2) Report Audit
MUSA	Partecipare per quanto di competenza all'implementazione del Magazzino Unico Sanitario AIC3	Supporto tecnico-amministrativo-informatico finalizzato all'implementazione del Magazzino Unico Sanitario AIC3	Secondo il cronoprogramma condiviso con l'ASL NO	SICG - SEF - STP - FO - FT	Relazione
Autori di reato	Nuove modalità organizzative per la presa in carico e il monitoraggio dei pazienti psichiatrici autori di reato	Definizione del modello organizzativo	Entro il 31/12/2024	PAS, SerD, Psicologia, SSPA, DiPSa	Documento che definisca le modalità operative
Telemedicina - visite invalidità	Al fine di arginare e prevenire un ulteriore danno/svantaggio (clinico, assistenziale, sociale, economico) ai pazienti affetti da patologie invalidanti è stata avviata una modalità di visita medico legale alternativa, in forma di "televisita", mediante videocall e raccordo della Commissione medico legale con un caregiver interno di Struttura	Tempo medio d'attesa per le visite domiciliari di invalidità effettuate nelle Strutture Socio-Sanitarie mediante televisita	≤60 gg	MED.LEG.	Report
Telemedicina	Sviluppo/consolidamento degli strumenti e delle metodiche per le videochiamate, le webconferences, la teleassistenza, le televisite, il teleconsulto e il telemonitoraggio, seguendo le indicazioni aziendali (vigenti o emanande; comprese le eventuali attività formative) in materia.	N. di strumenti e di metodiche per le videochiamate, le webconferences, la teleassistenza, le televisite, il teleconsulto e il telemonitoraggio	≥ 2023	DAN DUS DUN	Report
Panflu	Al fine di prevedere interventi generali modulabili in relazione alle caratteristiche delle diverse potenziali situazioni emergenziali, finalizzate a garantire una tempestiva ed efficace risposta emergenziale, predisporre, in base alle indicazioni ministeriali e regionali, un "Piano strategico operativo per una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028" aziendale o documento similare	1) Formalizzazione del Gruppo di lavoro 2) Redazione/aggiornamento del Piano	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il 31/12/2024 o comunque entro le tempistiche e le modalità definite a livello regionale	SISP, DMPO, CPVE, MECAU, MEDICINA, RIA, FARM. OSPEDALIERA E TERRITORIALE, RSPP, AILCAT, DAS,DAN,DUN, DIPSA, DP Capofila: SISP	Documento
PBM	Promuovere l'implementazione del programma PBM per ottimizzare l'impiego della risorsa sangue in ospedale (meno trasfusioni, più sicurezza) attraverso: - definizione di percorsi clinico organizzativi volti a rendere appropriato l'uso di emocomponenti con particolare riferimento alla preparazione del paziente ai trattamenti chirurgici programmati e con il fine di prevenire la trasfusione evitabile - formazione del personale dei reparti a maggior consumo emocomponenti	1) Istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare sul PBM 2) Presenza di percorso multidisciplinare aziendale 3) Predisposizione corso di formazione	1) Entro il 30/06/2024 2) Entro il 30/06/2025 3) Entro il 30/06/2026	Anestesia Ortopedia Chirurgia Urologia Ginecologia MeCAU SiMT Distretto (DAN) DMPO Capofila: DMPO	1) Delibera GDL 2) Documento 3) Locandina corso di formazione

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2024-2025-2026 (in continuità con il PIANO 2023-2024-2025)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
PUA	Sviluppo delle rete sociale territoriale attraverso la collaborazione con gli Enti Gestori per l'attivazione dei PUA nelle case di comunità.	Documento organizzativo condiviso	Entro il 31/12/2024	SSPA, DUN, DAN, DAS	Proposta di documento condiviso
Accessi vascolari	Ridefinizione dell'organizzazione aziendale del Team per la gestione degli accessi vascolari	1) Costituzione GDL 2) Definizione del modello organizzativo 3) Aggiornamento dell'attuale procedura di gestione dei dispositivi di accesso vascolare in ASL NO 4) Predisposizione del corso di formazione per la diffusione delle modalità operative.	1) Entro il 30/06/2024 2) Entro il 31/12/2024 3) Entro il 31/12/2025 4) Entro il 30/06/2026	Tutte le strutture sanitarie, per parti di competenza Capofila: DIPSA	1) Delibera GDL 2) Documento organizzativo 3) Modalità operative 4) Locandina corso di formazione
Metadone	Riorganizzare il servizio di distribuzione del metadone	Definizione di un progetto riorganizzativo per la gestione del trattamento agonista con metadone	Entro il 31/12/2024	SERD	Progetto
Software CPVE	Predisposizione configurazioni per nuovo software di area	Completamento delle tabelle di configurazione degli esami	100% entro il 31/12/2024	CPVE + SICG	Report
Citologia nasale	Garantire l'effettuazione degli esami di citologia nasali ai pazienti pediatrici affetti da rinite cronica estendendo il progetto implementato per gli adulti nel corso del 2023	1) Formulazione del progetto 2) Avvio attività 3) Implementazione del progetto con almeno 20 Test eseguiti	1) Entro 31/03/2024 2) A partire dal 30/06/2024 3) Entro 31/12/2024	AP PED ORL ALLE	1) Progetto 2) Dichiarazione avvio test 3) Report
Regolamento esterni laboratorio	Regolamentare il processo di gestione dei campioni biologici inviati al laboratorio ASL NO da strutture non aziendali o da professionisti esterni	1) Istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare 2) Definizione del regolamento aziendale 3) Predisposizione corso di formazione per gli stakeholder	1) Entro il 30/06/2024 2) Entro il 30/06/2025 3) Entro il 30/06/2026	CPVE, AILCAT, DIPSA, Distretti - DMPO GOCSS Capofila: AILCAT	1) Delibera GDL 2) Documento 3) Locandina corso di formazione
Inventario	Al fine di garantire la tracciatura sistematica delle attrezzature in ASL NO, definire un progetto per prevedere una gestione informatizzata del processo	1) Istituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare 2) Studio di fattibilità	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il 30/06/2024	STP, SICG, SEF, DIPSA,	1) Delibera GDL 2) Studio di fattibilità
CAS/GIC	Garantire l'attuazione della DGR relativa ai nuovi regolamenti CAS e GIC	1) Revisione dei regolamenti 2) Attuazione delle modifiche organizzative	1) Entro il 31/12/2024 2) Entro il 31/12/2024	ONCO AP CHIR, ORL UROL, GINE UOCP PSICO	1) Regolamenti revisionati 2) Relazione
Induzione travaglio	Attivare l'utilizzo di nuove pratiche per l'induzione del travaglio di parto	Introduzione di nuove pratiche	Entro il 31/12/2024	GINE	Report attività
OSAS	Avviare un ambulatorio specialistico per l'esecuzione e la lettura della pulsioossimetria per lo studio delle OSAS nei bambini tra i 2-5 anni	Avvio ambulatorio specialistico	Entro il 31/12/2024	PEDIATRIA, ORL	Report attività
Contraccettivi	Attivare il sistema di distribuzione di dispositivi intrauterini, sottocutanei e contraccettivi d'emergenza secondo quanto definito dal DCR 300-27935	Avvio del sistema di distribuzione	Entro il 31/12/2024	CONSULTORI	Report attività
Applicativi informatici	Ampliamento ed integrazione degli applicativi informatici dei diversi Settori della s.c. GPVRU	1) Migrazione della procedura SPI per la gestione degli stipendi 2) Acquisizione nuovi applicativi per Settori: Rilevazione Presenze e Giuridico	Secondo la tempistica individuata da CSI Piemonte	GPVRU	Relazione
Performance individuale Area Dirigenza	Informatizzazione della procedura di valutazione performance individuale Area Dirigenza	Migrazione integrale a livello digitale della valutazione annuale della Dirigenza	Entro il 30/06/2024	GPVRU - GOCSS - SICG	Relazione
Unità di Continuità Assistenziale UCA	Sviluppare il modello organizzativo di continuità assistenziale nel contesto delle case di comunità	1) Definizione del modello organizzativo delle attività nel contesto delle Case della Comunità 2) Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	1) Entro il 31/12/2024 2) Entro il 31/12/2024	DAN DUS DUN	1) Relazione 2) Report attività
"Ambulatorio simultaneous care"	Migliorare il passaggio di setting da ospedaliero a territoriale dei pazienti gestiti presso l'AOU Maggiore della Carità	Revisione modello organizzativo	Entro il 30/09/2024	UOCP, DAN, DAS, DUN, DIPSA, ONCO	Relazione

**PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2024-2025-2026 (in continuità con il PIANO 2023-2024-2025)**

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
<b>Archivio remoto</b>	Realizzazione di un archivio remoto per la gestione della documentazione sanitaria	Predisposizione dell'archivio e avvio dell'archiviazione	Entro il 31/12/2024	Sanità penitenziaria	Relazione
<b>Audit esterno 81/08</b>	Predisporre ed attuare il piano di miglioramento per il superamento delle non conformità individuate dagli auditor esterni relativamente alla Prevenzione e Protezione della sicurezza dei lavoratori	1) Predisposizione del Piano di miglioramento 2) Condivisione del Piano di miglioramento 3) Attuazione delle azioni previste	1) Entro il 29/02/2024 2) Entro il 10/05/2024 3) Secondo il cronoprogramma del piano	1) SPP 2) SPP con strutture coinvolte 3) Strutture individuate nel Piano	1) Piano 2) Mail di diffusione e di accettazione da parte delle strutture 3) Relazione
<b>Neo assunto amministrativo</b>	Sviluppare un percorso formativo per personale amministrativo neo assunto ovvero di nuovo inserimento"	N° personale amministrativo formato/N° personale amministrativo assunto	100%	Strutture aziendali amministrative Capofila: AILCAT	Locandina del corso, Report formati
<b>Commissione vigilanza</b>	Collaborazione per la realizzazione a regime di quanto previsto dal vigente Atto Aziendale	Unificazione attività con quelle previste per la Commissione di Vigilanza sulle strutture socio-sanitarie	100%	GAVDT, Commissione vigilanza	Relazione
<b>PNRR</b>	Conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la pianificazione relativamente alle progettualità di seguito definite: - Case di Comunità, - Ospedali di Comunità, - Centrali Operative Territoriali. In particolare, con riferimento agli obiettivi definiti, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2024.	1) Rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2024 2) Definizione procedura presa in carico di dimissioni ospedaliere protette 3) Definizione procedura presa in carico percorsi cronicità	1) Come da programmazione 2) Entro il 31/12/2024 3) Entro il 31/12/2024	1) STP 2) Distretti 3) Distretti	1) Relazione 2) Documenti procedurali 3) Documenti procedurali
<b>DIGITALIZZAZIONE - PNRR</b>	Conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la pianificazione relativamente alla progettualità Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, il quale mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. In particolare, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2024 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali	90%	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali SICG	Report SICG
<b>AMCO</b>	Attuazione del cronoprogramma per l'avvio del nuovo sistema gestionale-amministrativo-contabile regionale AMCO	Secondo le tempistiche regionali	Nei tempi e nei modi previsti dalla Regione	SICG, SEF, Ordinatori di spesa	Relazione SICG e SEF



**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

AFF ALLA DIREZIONE

**STRUTTURA: S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**Peso**  
Performance organizzativa

**DIRIGENTE: DOTT. BRUNO BACCHETTA**

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Recipiere all'attuazione degli obiettivi gestionali, di efficienza e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Valutazione e monitoraggio delle azioni relative alla prevenzione e Prevenzione della Corruzione previste PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4	4
Recipiere all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			

**Obiettivi Appropriately e Qualità**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Recipiere per quanto di competenza allo sviluppo Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Recipiere per quanto di competenza allo sviluppo piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Dirigente

Dott. Bruno Bacchetta

Coordinatore area ospedaliera

Dott.ssa Loredana Abbate

Coordinatore area territoriale

Dott.ssa Laura Signorotti

Coordinatore area prevenzione

Dott. Davide Bordonaro

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Caria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso il migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la partecipazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Il Dirigente responsabile  
Dott. Bruno Macchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

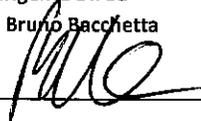
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Loredana Abbate



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

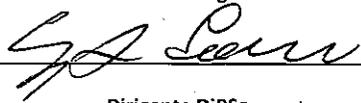
Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso	
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60	
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10	
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSO, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) 31/12/2024	5) Report	10

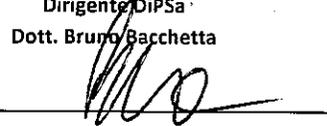
Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Laura Signorotti



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

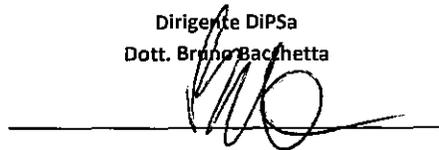
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
Dott. Davide Bordonaro



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

STAFF ALLA DIREZIONE		STRUTTURA: S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO				Peso Performance organizzativa		
		DIRETTORE: DOTT.SSA DANIELA SARASINO				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previsto nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	Il valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF	40	4	4
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	Il anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedallera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Il Dirigente responsabile

Dott.ssa Daniela Sarasino

Coordinatore di Struttura

CPA INF PIAO Prof. Diego Del Gaudio

Dirigente DIP5a

Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

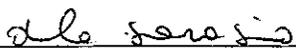
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

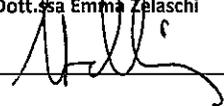
Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Daniela Sarasino



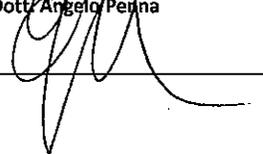
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura

CPS INF Dott. Fabio Diego Del Gaudio

Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Daniela Sarasino



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

STAFF ALLA DIREZIONE

STRUTTURA: S.S.D. PSICOLOGIA CLINICA

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT.SSA LUCIA COLOMBO

Dirigenza

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

100

Obiettivi Economici e Attività

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso	2024 precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SICG	40
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	

Obiettivi Appropriatazza e Qualità

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40

Obiettivi Innovazione e Sviluppo

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Lucia Colombo

*Lucia Colombo*

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

*Anna Ceria*

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

*Emma Zelaschi*

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

*Angelo Penna*

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. PSICOLOGIA CLINICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Lucia Colombo



Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



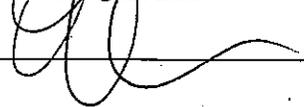
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>STAFF ALLA DIREZIONE</b>	<b>FUNZIONE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>					<b>Peso</b> Performance organizzativa	
	<b>COORDINATORE: DOTT. CARMINE DEL BASSO</b>					<b>Comparto</b> Sanità	<b>Comparto</b> TA

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100      100

**Obiettivi Economici e Attività**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	s anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG		
Garantire la formazione ai dipendenti come previsto dal D.lgs 81/08, individuando tempestivamente il personale che necessita di formazione	Predisposizione degli elenchi aggiornati dei dipendenti da formare	Almeno 60 giorni prima dell'inizio del corso successivo	31/12/2024	SPP	Elenchi aggiornati		
Aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) in tutte le strutture dell'ASL NO	DVR aggiornati/DVR delle Strutture Aziendali*100	Almeno 30 entro il 31/12/2024	31/12/2024	SPP	DVR aggiornati		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	72	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	24	24

Coordinatore di Struttura  
Dott. Carmine Del Basso

Direttore DIPSa  
Dott. Bruno Sacchetta

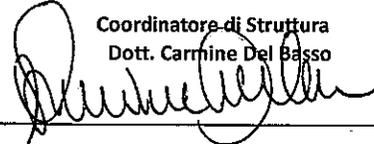
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

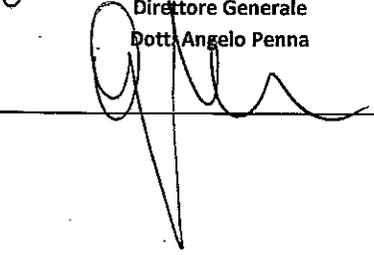
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLSD, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

  
 Coordinatore di Struttura  
 Dott. Carmine Del Basso

  
 Direttore Generale  
 Dott. Angelo Penna



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

STAFF ALLA DIREZIONE						STRUTTURA: FUNZIONE MEDICO COMPETENTE			Peso Performance organizzativa		
DIRIGENTE: DOTT. MICHELE BESTAGINI						Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100			
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione						
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG						
Aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) in tutte le strutture dell'ASL NO	DVR aggregati/DVR delle Strutture Aziendali* 100	Almeno 30 entro il 31/12/2024	31/12/2024	SPP MC	DVR aggiornati						
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24			

Dirigente  
Dott. Michele Bestagini

*M. Bestagini*

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

*A. Ceria*

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

*E. Zelaschi*

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

*A. Penna*

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

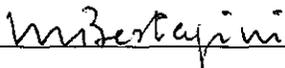
*B. Bacchetta*

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI FUNZIONE MEDICO COMPETENTE**

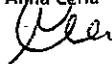
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Michele Bestagini



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



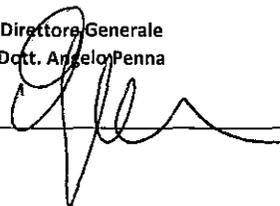
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

AFFIDAMENTO DIREZIONE		STRUTTURA: Servizio Sociale Professionale Aziendale				Peso Performance organizzativa		
		DIRIGENTE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Disciplinare all'attuazione degli obiettivi gestionali, operative e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attività di pianificazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Disciplinare all'obiettivo aziendale di Incremento produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG	40	4	4
Attuazione al modello territoriale di cui alla Circolare n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla Circolare n. 257-25346 del 20 dicembre 2022	Secondo le indicazioni regionali	Entro le tempistiche definite dalla Regione	28/02/2025	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Relazione			
Disciplinare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Magnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcoolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PRP	≥ 90%	28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Disciplinare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e del programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Disciplinare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Dirigente

Dott.ssa Maria Grazia Bresich

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zilli Schi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

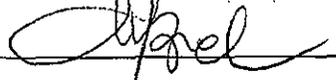
IPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI	STRUTTURA: Servizio Sociale Professionale Aziendale
	DIRIGENTE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DI SC/SSD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso	
<p>garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse umane ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui processi di formazione e della partecipazione ai vertici</p>	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60	
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10	
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Dirigente

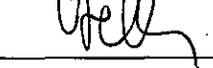
Dott.ssa Maria Grazia Bresich



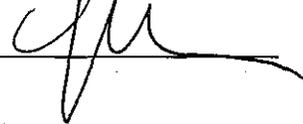
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Fenna





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

STAFF ALLA DIREZIONE	<b>STRUTTURA: S.S.D. GESTIONE E FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE A VALENZA TERRITORIALE</b>	<b>Peso Performance organizzativa</b>
	<b>DIRETTORE FF: DOTT. CLAUDIO TERUGGI</b>	Dirigenza    Comparto TA 100            100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	≤ valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore FF di Struttura  
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

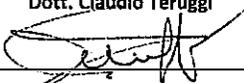
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Reina

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. GESTIONE E FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE A VALENZA TERRITORIALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore FF di Struttura  
Dott. Claudio Teruggi



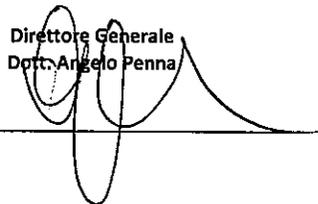
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

**STRUTTURA: S.C. AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

Peso  
Performance organizzativa

**DIRETTORE: DOTT. CLAUDIO TERUGGI**

Dirigenza    Comparto  
TA

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100    100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di Incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	≤ valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

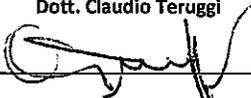
Direttore Generale  
Dott. Angelo Fenna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Claudio Teruggi



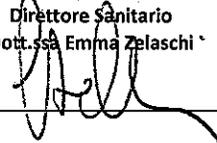
Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



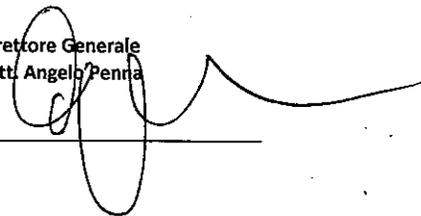
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

**STRUTTURA: S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE**

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE FF: DOTT. CARLO FALETTI

Dirigenza  
Comparto  
TA

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100      100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	≤ valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore FF di Struttura  
Dott. Carlo Faletti

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelazchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore FF

Dott. Carlo Faletti

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

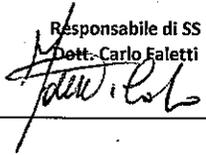
Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

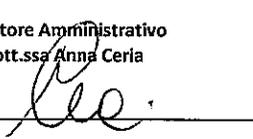
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS TELECOMUNICAZIONI E TECNOLOGIE INFORMATICHE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Sviluppare nel triennio 2023-2025 un progetto di ottimizzazione e governo del processo produttivo di sala operatoria, mediante lo sviluppo del percorso del paziente chirurgico, integrato tra le diverse strutture ospedaliere coinvolte, e l'adozione di soluzioni tecnologiche/informatiche di misurazione e monitoraggio	Analisi Tecnica per completare l'integrazione informatica della soluzione di rilevamento automatico della posizione e dei tempi di accesso al blocco operatorio con il Sistema informatico Ospedaliero	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Relazione	100

Responsabile di SS  
Dott. Carlo Faletti



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

**STRUTTURA: S.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO**

**Peso**  
Performance organizzativa

**DIRETTORE: DOTT.SSA SIMONA BENVENUTI**

**Dirigenza**      **Comparto**  
**100**              **TA**

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**100**      **100**

**Obiettivi Economici e Attività**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adeimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SIGG		
Definizione/Aggiornamento delle modalità operative per l'attribuzione e monitoraggio e reportistica del budget agli ordinatori di spesa	Definizione del documento secondo format aziendale	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Documento		
Gestione del Budget delle strutture aziendali	Redazione dei report di monitoraggio	1) Entro il 30/04/2024 Assegnato anno in corso e utilizzato anno precedente 2) Entro il 30/09/2024 Post rivalutazione di luglio 3) Entro il 31/12/2024 Post rivalutazione di ottobre	31/12/2024	SEF	Report		

**Obiettivi Approprietezza e Qualità**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Simona Benvenuti

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

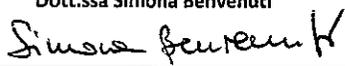
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Simona Benvenuti



Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Leria



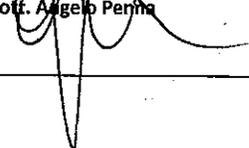
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.001

**STRUTTURA: S.C. SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

**Peso**  
Performance organizzativa

**DIRETTORE: DOTT. GIANLUCA CORONA**

**Dirigenza**  
100

**Comparto TA**  
100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG	40	4
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	≤ valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

**Peso**  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Gianluca Corona

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

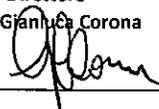
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

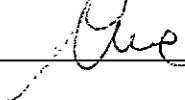
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

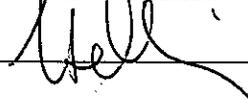
Direttore  
Dott. Gianluca Corona



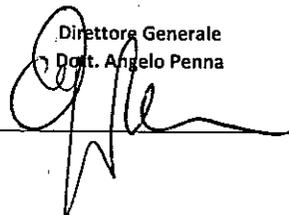
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

STRUTTURA: S.C. SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE FF: DOTT. SILVANO BONELLI

Dirigenza  
Comparto  
TA

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

100

100

Obiettivi Economici e Attività

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	5 valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		

Obiettivi Appropriatazza e Qualità

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

Obiettivi Innovazione e Sviluppo

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Silvano Bonelli

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceris

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelocchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. di incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Silvano Bonelli

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ACQUISTI E LOGISTICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Redazione regolamento funzioni del RUP secondo le previsioni del DLGS n.36/2023	Definizione di un regolamento che disciplini le funzioni del RUP	Entro il 30/06/2024	31/12/2024	Relazione	100
Redazione regolamento incentivo per funzioni tecniche di cui all'art. 45 DLGS 36/2023	Definizione di un regolamento per la distribuzione dell'incentivo di cui all'art. 45 d.Lgs 36.2023	Entro il 30/06/2024	31/12/2024	Documento	
Approfondimento e applicazione nuovo codice appalti DLGS 36.2023	Feedback cognitivo dell'argomento	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Relazione	

Responsabile di SS  
Dott. Sergio Pelizzone

Direttore di Struttura  
Dott. Silvano Bonelli

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS GESTIONE AREA TECNICO-MANUTENTIVA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Redazione regolamento incentivo per funzioni tecniche di cui all'art. 45 DLGS 36/2023	Definizione di un regolamento per la distribuzione dell'incentivo di cui all'art. 45 d.Lgs 36.2023	Entro il 30/06/2024	31/12/2024	Documento	100
Approfondimento e applicazione nuovo codice appalti DLGS 36.2023	Feedback cognitivo dell'argomento	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Relazione	
Applicazione reale del concetto di Team Building nell'ambito della realizzazione di lavori o Servizi di rilievo	Feedback cognitivo dell'argomento verificato nelle riunioni di team	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Esiti positivi provenienti da feedback del team	
Programmazione del flow maintenance per impianti meccanici, elettrici e speciali	Esecuzione degli interventi e relativi report	Entro il 30/06/2024	31/12/2024	Redazione registri di manutenzione	
Redazione monitoraggi lavori di cui al PNRR e PNC	Trasmissioni documentazioni ad organi regionali/ministeriali		31/12/2024		

Responsabile di SS  
Dott. Silvano Strola

Direttore di Struttura  
Dott. Silvano Bopelli





**SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Peso

**DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI**

100

**OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

**Obiettivi Appropriatezza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. MEDICINA LEGALE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI		DIRETTORE: DOTT.SSA EMANUELA AGOSTA				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	2 anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report ML			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PRP	≥ 90%	28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAS, SISP, LIVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione UMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Emanuela Agosta

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Referente DIPSa Area Prevenzione  
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bischetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Carla

Direttore Sanitario  
Dott. sa Emma Zilberchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. MEDICINA LEGALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

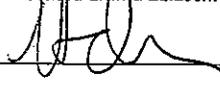
Direttore  
Dott.ssa Emanuela Agosta



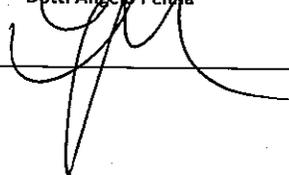
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna





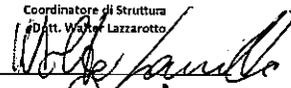
**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

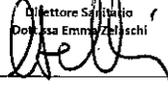
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>						<b>STRUTTURA: S.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO</b>			<b>Peso</b> Performance organizzativa		
<b>DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI</b>						<b>DIRETTORE: DOTT.SSA ROBERTA GROSSI</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>									100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>									<b>Peso</b> Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi						
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione						
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	2anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SPESAL	40	4	4			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PRP	≥ 90%	28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP						
Collaborare alla realizzazione delle "immagini di salute" per quanto di competenza	N° schede di "immagini di salute" revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAS, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate						
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>									<b>Peso</b> Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72			
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>									<b>Peso</b> Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24			

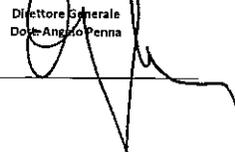
Direttore di Struttura  
 Dott.ssa Roberta Grossi  

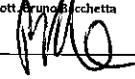

Direttore di Dipartimento  
 Dott. Franco Tinelli  


Coordinatore di Struttura  
 Dott. Walter Lazzarotto  


Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Anna Ceria  


Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Emma Zelaschi  


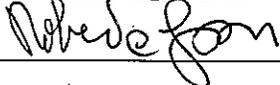
Direttore Generale  
 Dott. Angelo Penna  


Dirigente DIPSa  
 Dott. Bruno Scicchetta  


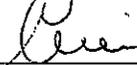
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
dott.ssa Roberta Grossi



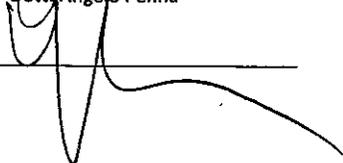
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi



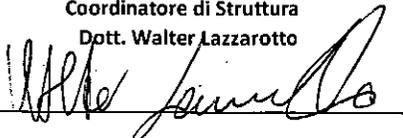
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSD, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
Dott. Walter Lazzarotto



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
dott.ssa Roberta Grossi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: S.C. SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2025	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2025	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	2anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SISP	40	4	4
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PRP	≥ 90%	28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAI, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

**Obiettivi Appropriattezza e Qualità**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott. Edoardo Moia

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Referente DIPSA Area Prevenzione  
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Sacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zaccardi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Edoardo Moia

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI		DIRETTORE: DOTT. EMANUELE IGNOTI				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	zanno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SIAN			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, del PAISA	1) PLP: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2024, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) ≥ 60% 2) ≥ 90%	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAN, SISP, UVGS, SPRESAL, SIAVA, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			
Obiettivi Appropriatezza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott. Emanuele Ignoti

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Coordinatore  
CPSA/IdP Fausto Bovio

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruna Sacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cora

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

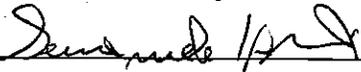
Direttore Generale  
Dott. Angelo Terna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

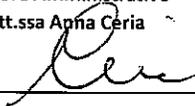
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

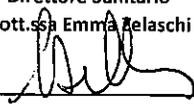
Dott. Emanuele Ignoti



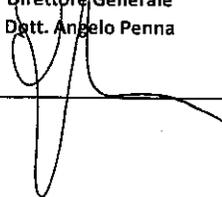
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



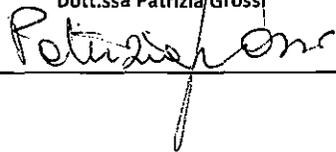
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



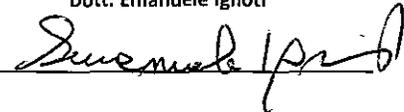
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS IGIENE DELLA NUTRIZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Realizzare interventi di promozione della salute nel setting scolastico sulla lettura e comprensione delle etichette nutrizionali, riduzione del consumo di sale e dello zucchero	Numero di scuole coinvolte sul numero di scuole richiedenti progetti da catalogo ASL	70% sul totale dei richiedenti	Entro il 31/12/2024	rendicontazione sul PLP ASL NO e sulla banca dati regionale ProSa	100
Realizzare interventi di promozione della salute nel setting lavorativo (WHP) sugli stili di vita corretti (dieta sana e attività fisica)	Numero di ditte richiedenti interventi sull'alimentazione sul numero di ditte aderenti alla rete WHP	80% sul totale dei richiedenti	Entro il 31/12/2024	rendicontazione sul PLP ASL NO	

Responsabile di SS  
Dott.ssa Patrizia Grossi



Direttore di Struttura  
Dott. Emanuele Ignoti



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
<p>Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore  
CPSS TdP Fausto Bovio

Dirigente QIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura  
Dott. Emanuele Ignotti



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. SANITA' ANIMALE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI		DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SIAV A			
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) PLP: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2024, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PRISA	1) ≥ 60% 2) ≥ 90%	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Collaborare alla realizzazione delle "immagini di salute" per quanto di competenza	N° schede di "immagini di salute" revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAI, SISP, LIVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, PMPPV	Schede nuove o revisionate			
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPC sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura

Dott. Franco Tinelli

Direttore di Dipartimento

Dott. Franco Tinelli

Coordinatore di Struttura

CSS/IdP Paolo Ronzetto

Direttore DIPSA

Dott. Bruno Marchetta

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SANITA' ANIMALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

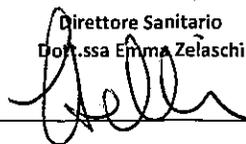
Direttore  
Dott. Franco Tinelli



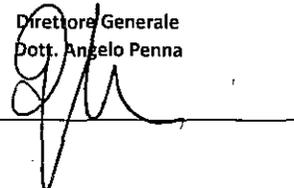
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

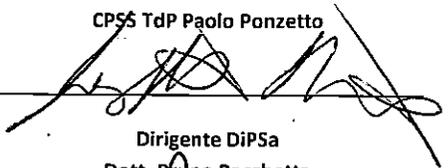


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. SANITA' ANIMALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSD, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

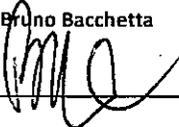
Coordinatore  
di Struttura

CPSS TdP Paolo Ponzetto



Dirigente DiPSa

Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura

Dott. Franco Tinelli





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>						<b>STRUTTURA: 5.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI</b>		
<b>DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI</b>						<b>DIRETTORE: DOTT.SSA ANGELA ALLEGRA</b>		
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
						100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	Banno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SIAV B	40	4	4
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) PLP: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2024, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PRISA	1) ≥ 60% 2) ≥ 90%	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Collaborare alla realizzazione delle "immagini di salute" per quanto di competenza	N° schede di "immagini di salute" revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAV, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, MI, PMPPV	Schede nuove o revisionate			
<b>Obiettivi Appropriattezza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e del programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Angela Allegra

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Coordinatore di Struttura  
CPS TdP Paolo Polzetto

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Barchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitaria  
Dott.ssa Emma Zucchi

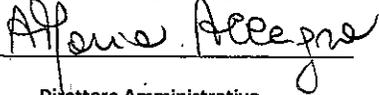
Direttore Generale  
Dott. Angelo Piana

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI**

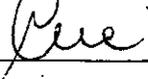
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Angela Allegra



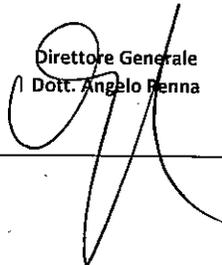
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



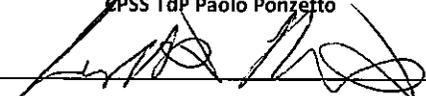
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura, valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

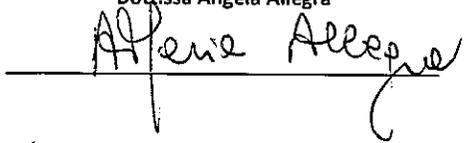
Coordinatore di Struttura  
EPSS TdP Paolo Ponzetto



Dirigente S. C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Angela Allegra





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						STRUTTURA: S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECNICHE		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI						DIRETTORE: DOTT. LUIGI CARELLA		
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SIAV C	40	4	4
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) PLP: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2024, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PRISA	1) ≥ 60% 2) ≥ 90%	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAV, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, MI, PMPPV	Schede nuove o revisionate			
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott. Luigi Carella

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Coordinatore di Struttura  
Dott. Paolo Panzetto

Dirigente D.P.Sa  
Dott. Bruno Bischoff

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

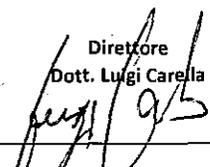
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Ziliani

Direttore Generale  
Dott. Angelo Piana

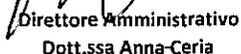
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECNICHE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

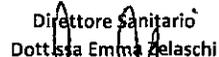
Direttore  
Dott. Luigi Carella



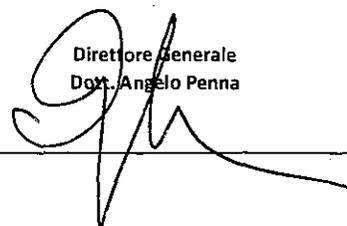
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna-Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



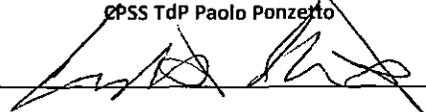
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



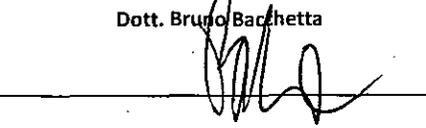
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECNICHE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
<p>Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSD, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

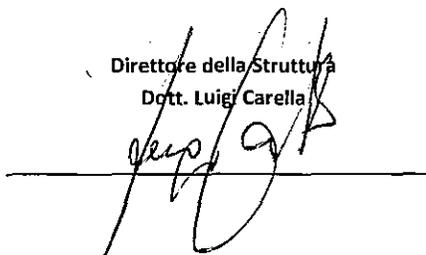
Coordinatore di Struttura  
 CPSS TdP Paolo Ponzetto



Dirigente DiPSa  
 Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
 Dott. Luigi Carella





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

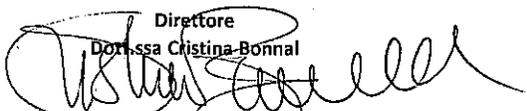
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>		<b>STRUTTURA: S.S.D. COMMISSIONE VIGILANZA</b>				<b>Peso Performance organizzativa</b>		
<b>DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI</b>		<b>DIRETTORE: DOTT.SSA CRISTINA BONNAL</b>				<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Partecipare per quanto di competenza al controllo/monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nelle strutture socio sanitarie oggetto di vigilanza nell'anno in corso	1) N° RSA in cui si sono svolte vigilanze con l'ICI territoriale/totale delle RSA insistenti sul territorio di competenza in programma 2) Partecipazione al CICA su invito	1) 10% 2) 100% delle partecipazioni su invito	31/12/2024	1) Struttura firmataria Gruppo di lavoro RSA nell'ambito del CICA 2) SISP	1) Report finale 2) Report finale	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report CV			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DIMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

 Direttore di Struttura Dott.ssa Cristina Bonnal	 Direttore di Dipartimento Dott. Franco Tinelli	 Referente DIPSA Area Prevenzione Dott. Davide Borronaro	 Dirigente DIPSA Dott. Bruno Bacchetta
 Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Zerla	 Direttore Sanitario Dott.ssa Emma Zelaschi	 Direttore Generale Dott. Angelo Penna	

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. COMMISSIONE VIGILANZA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott.ssa Cristina Bonnal



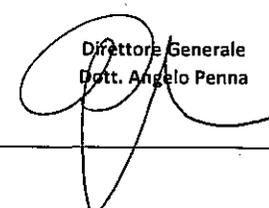
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						STRUTTURA: S.S. PMPPV ED EPIDEMIOSORVEGLIANZA VETERINARIA		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI						DIRETTORE: DOTT. GIANNI SUMA		
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni prodotte nell'anno in corso	2anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report PMPPV	40	4	4
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) PLP: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2024, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PRISA	1) ≥ 60% 2) ≥ 90%	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA			
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott. Gianni Suma

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Coordinatore di Struttura  
CPSS TAP Paolo Panzetto

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Sacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angela Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S. PMPPV ED EPIDEMIOSORVEGLIANZA VETERINARIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Gianni Suma

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S. PMPPV ED EPIDEMIOSORVEGLIANZA VETERINARIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ALS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS TdP Paolo Ponzetto

Dirigente S. C. DIPS  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura  
Dott. Gianni Suma



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						STRUTTURA: S.S. UNITA' VALUTAZIONE ORGANIZZAZIONE SCREENING		
DIRETTORE: DOTT. FRANCO TINELLI						DIRETTORE: DOTT. GIORGIO PRETTI		
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	100	100	100
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Partecipare all'attività previste dal CPO e dall'AICS del programma 5	Partecipazione alle riunioni	100%	31/12/2024	UVOS	Report UVOS			
Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2015 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura in tutti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto).	1) N° azioni effettuate dal Piano aziendale/totali azioni previste*100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	1) 28/02/2025 2) 28/02/2025	UVOS	Report	40	4	4
Collaborare alla realizzazione delle 'immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempo e nei modi previsti dai relativi Piano/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DM/PO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempo e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore FF di Struttura  
Dott. Giorgio Pretti

Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Referente DIPSa Area Prevenzione  
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Barchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelazki

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S. UNITA' VALUTAZIONE ORGANIZZAZIONE SCREENING**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Giorgio Pretti

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

EA TERRITORIALE

STRUTTURA: S.C. DISTRETTO URBANO NOVARA

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. GIANFRANCO MASOERO

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

Obiettivi Economici e Attività

Peso  
Performance organizzativa

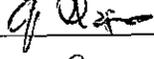
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Preparare all'attuazione degli obiettivi gestionali, l'efficienza e il funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Realizzazione e monitoraggio delle azioni relative alla trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Preparare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Definire i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: Il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4	4
Definire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta organizzazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale			
Monitoraggio e solidamento delle prese in carico domiciliari per tutti i soggetti over 65 - casa come primo luogo di cura	Secondo le indicazioni Regionali	Entro il 31/12/2024	31/12/2024		Report			
Attuazione al modello territoriale di cui alla R. n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022	Secondo le indicazioni regionali	Entro le tempistiche definite dalla Regione	28/02/2025	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Relazione			
Preparare al processo di valutazione dell'attività IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report			

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*

Obiettivi Approprietezza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Responsabilizzare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMFO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Responsabilizzare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

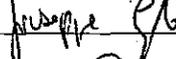
Direttore di Struttura

Dott. Gianfranco Masoero



Coordiatore di Struttura

CPSI Giuseppe Caputo



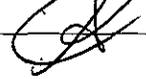
Coordiatore 116117

CPS Nicola Vacca



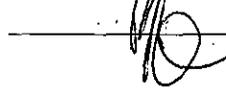
Coordiatore territoriale

CPS5 Anna Lombardi



Dirigente DIPSA

Dott. Bruno Sacchetta



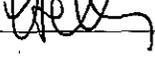
Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



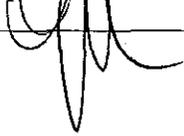
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

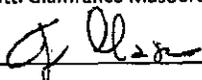
Dott. Angelo Penna



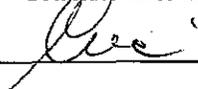
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. DISTRETTO URBANO NOVARA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui processi di formazione e della partecipazione ai vertici	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

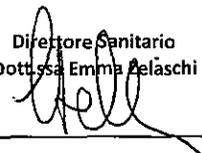
Direttore  
Dott. Gianfranco Masoero



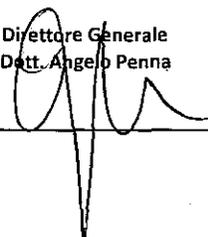
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi



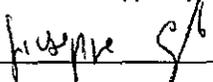
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO URBANO NOVARA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e mantenendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

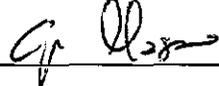
Coordinatore  
CPSI Giuseppe Caputo



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Gianfranco Masoero



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO URBANO NOVARA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e mantenendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

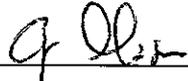
Coordinatore  
CPS INF Nicola Vacca



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



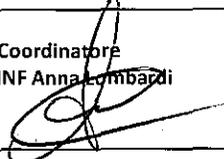
Direttore della Struttura  
Dott. Gianfranco Masoero



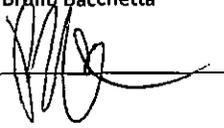
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO URBANO NOVARA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

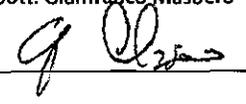
Coordinatore  
 CPSS INF Anna Lombardi



Dirigente DiPSa  
 Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
 Dott. Gianfranco Masoero





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

AREA TERRITORIALE

STRUTTURA: S.C. DISTRETTO AREA NORD

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT.SSA MARIALUISA DEMARCHI

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

Obiettivi Economici e Attività

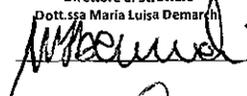
Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Preparare all'attuazione degli obiettivi gestionali, operative e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Definizione e monitoraggio delle azioni relative alla trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Preparare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	Stesso anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedale, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Definire i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Crusco ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4	4
Definire, secondo quanto previsto dall'allegato A DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta organizzazione nel sistema del GUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite, consultore PNGLA; visita nefrologica; visita cure primarie; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi al percorso: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili (all'legato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale			
Consolidamento delle prese in carico domiciliari di tutti i soggetti over 65 - casa come primo livello di cura	Secondo Indicazioni Regionali	Entro il 31/12/2024	31/12/2024		Report			
Attuazione al modello territoriale di cui alla R. n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022	Secondo le Indicazioni regionali	Entro le tempistiche definite dalla Regione	28/02/2025	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Relazione			
Preparare al processo di valutazione dell'attività di ricerca IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report			

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*

Obiettivi Appropriata e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Definire per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione del rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Definire per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Maria Luisa Demarchi



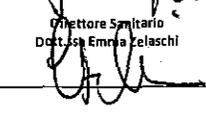
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



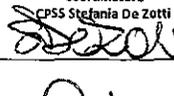
Coordinatore UOCP  
CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino



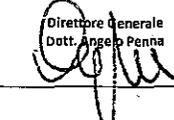
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



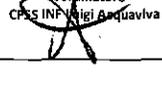
Coordinatore  
CPSS Stefania De Zotti



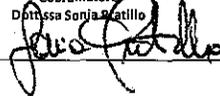
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



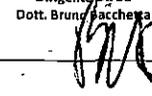
Coordinatore  
CPSS INF Luigi Acquaviva



Coordinatore  
Dott.ssa Sonia Scatillo



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Pacchetta

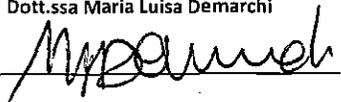


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. DISTRETTO AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui processi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Maria Luisa Demarchi



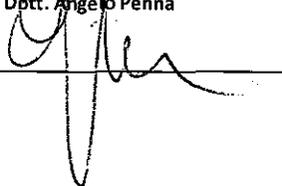
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura.	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

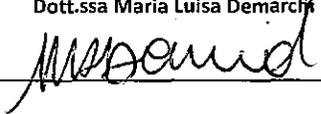
**Coordinatore**  
 CPSS INF Luigi Acquaviva



**Dirigente DIPSa**  
 Dott. Bruno Bacchetta



**Direttore della Struttura**  
 Dott.ssa Maria Luisa Demarchi

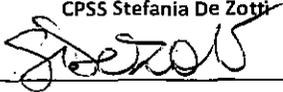


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS/D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore

CPSS Stefania De Zotti



Dirigente DiPSa

Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura

Dott.ssa Maria Luisa Demarchi



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso	
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60	
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10	
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSd, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) 31/12/2024	5) Report	10

**Coordinatore**  
 CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino

Dirigente DIPSa  
 Dott. Bruno Bacchetta

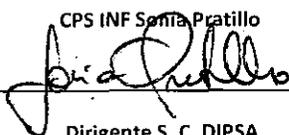
Direttore della Struttura  
 Dott.ssa Maria Luisa Demarchi

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore  
di Struttura

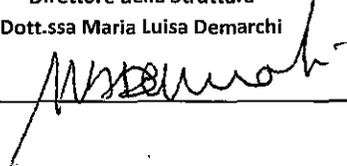
CPS INF Santa Prati



Dirigente S. C. DIPSA  
Dott. Bruno Racchetta

Direttore della Struttura

Dott.ssa Maria Luisa Demarchi





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

EA TERRITORIALE

STRUTTURA: S.C. DISTRETTO AREA SUD

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. GIANNI VALZER

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

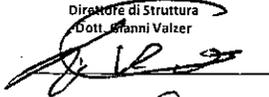
Obiettivi Economici e Attività

Peso  
Performance organizzativa

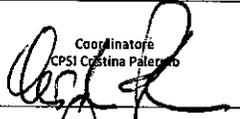
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Preparare all'attuazione degli obiettivi gestionali, operative e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attivazione e monitoraggio delle azioni relative alla trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2025	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2025	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Preparare all'obiettivo aziendale di incremento produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Optimizzare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi e delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscoato ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4	4
Attendere, secondo quanto previsto dall'allegato A DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta fruizione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite; consultore PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili (allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale			
Consolidamento delle prese in carico domiciliari tutti i soggetti over 65 - casa come primo livello di cura	Secondo indicazioni Regionali	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Report			
Attuazione al modello territoriale di cui alla R. n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022	Secondo le indicazioni regionali	Entro le tempistiche definite dalla Regione	28/02/2025	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Relazione			
Preparare al processo di valutazione dell'attività IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssp GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report			

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
risparmiare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
risparmiare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Dirigente di Struttura  
Dott. Gianni Valzer



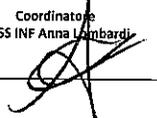
Coordinatore  
CPSI Cristina Palermo



Coordinatore  
CPSI Sofia Fratillo



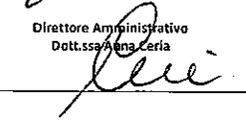
Coordinatore  
CPSS INF Anna Lombardi



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Barbetta



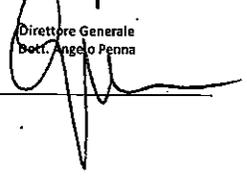
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. DISTRETTO AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai corsi.	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Gianni Valzer

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

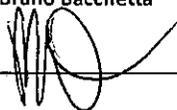
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso	
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e mantenendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60	
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10	
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore  
CPSI Costina Palermo



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Gianni Valzer

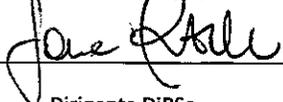


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

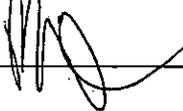
Coordinatore

CPSI Sonia Pratiello



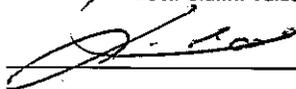
Dirigente DiPSa

Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura

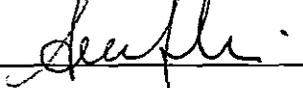
Dott. Gianni Valzer



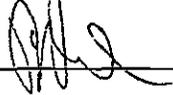
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DISTRETTO AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

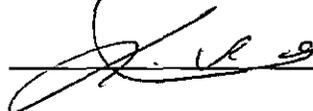
Coordinatore  
CPSS NF Anna Lombardi



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Gianni Valzer





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>AREA TERRITORIALE</b>	<b>STRUTTURA: S.S.D. CURE PALLIATIVE</b>	<b>Peso Performance organizzativa</b>		
	<b>DIRETTORE: DOTT.SSA SANDRA GRAZIOLI</b>	<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2025	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2025	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 5 anno precedente 2) 5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG			
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agenzie del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agenzie pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale			

<b>Obiettivi Appropriattezza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e del programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72

<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Sandra Grazioli

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Coria

Coordinatore di Struttura  
CPSS INF ASD Giuseppe Vaccino

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

Coordinatore di Struttura  
CPSS INF Stefania De Zotti

Coordinatore territoriale  
CPSS INF Anna Lombardi

DISSA

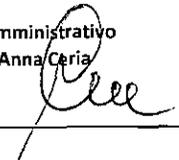
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. CURE PALLIATIVE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai corsi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

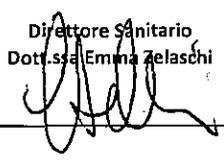
Direttore  
Dott.ssa Sandra Grazioli



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. CURE PALLIATIVE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

**Coordinatore**  
 CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino

Dirigente S. C. DIPSA  
 Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura  
 Dott.ssa Sandra Grazioli

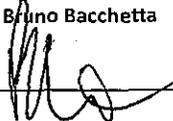
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. CURE PALLIATIVE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, perseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore  
CPSS Stefania De Zotti



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



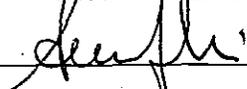
Direttore della Struttura  
Dott.ssa Sandra Grazioli



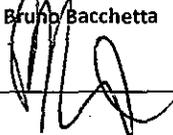
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. CURE PALLIATIVE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi; valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

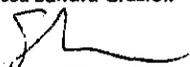
Coordinatore  
CPSS INF Anna Lombardi



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Sandra Grazioli





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

AREA TERRITORIALE	STRUTTURA: S.S.D. SANITA' PENITENZIARIA	Peso Performance organizzativa	
	DIRETTORE: DOTT. ANTONELLO FELAPPI	Dirigenza	Comparto Sanità
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>		100	100

Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Preparare all'attuazione degli obiettivi gestionali, salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Preparazione e monitoraggio delle azioni relative alla trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Preparare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG.		

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Preparare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Preparare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Il Dirigente responsabile di struttura  
Dott. Antonello Felappi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Coordinatore  
CPS INF Nicola Vacca

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

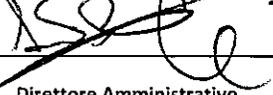
Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. SANITA' PENITENZIARIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai corsi.	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Antonello Felappi



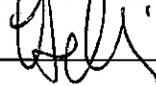
Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

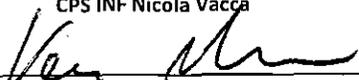


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. SANITA' PENITENZIARIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
ordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS-D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore  
di Struttura

CPS INF Nicola Vacca



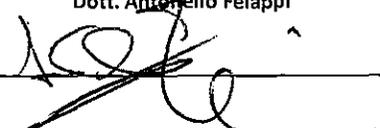
Dirigente DiPSa

Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura

Dott. Antonello Felappi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

STRUTTURA: S.C. DIREZIONE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Peso  
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT.SSA ARABELLA FONTANA

Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
100	100	100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

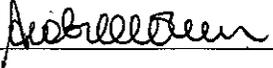
Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento ai Controlli di terzo livello	Controlli di terzo livello effettuati	Secondo tempistiche e modalità definite dalla Regione	Secondo calendario regionale	DMPO	Verbali			
Partecipare al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report			

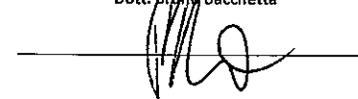
*Arabella Fontana*  
*AL*

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

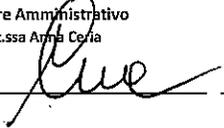
Direttore di Struttura  
Dott.ssa Arabella Fontana



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



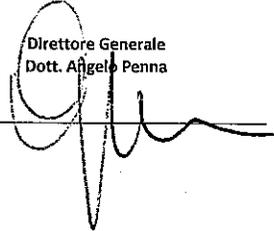
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Coria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



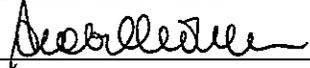
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. DIREZIONE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	5) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	5) Entro 30 giorni dalla data della delibera	5) Lettera di assegnazione	10

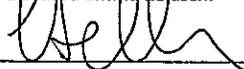
Direttore  
Dott.ssa Arabella Fontana



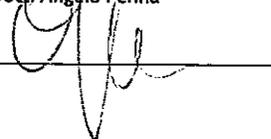
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



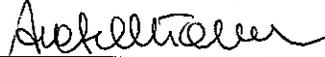
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO OSPEDALIERO E LIBERA PROFESSIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
<p>Riorganizzare il flusso incassi della libera professione intramoenia per ripartizione automatizzata attraverso:</p> <p>1) Analisi dei flussi di incasso della libera professione al fine di ricondurli sul CUP WBS attività da effettuare con il gruppo di lavoro trasversale interno (Direzione Medica, CED, Servizio Personale, Servizio Economico Finanziario)</p> <p>2) Elaborazione delle tabelle di riparto degli incassi nel rispetto delle indicazioni del regolamento aziendale -attività svolta con supporto della Società esterna di gestione del CUP WBS</p>	<p>1) Flussi di incasso della libera professione su CUP WBS</p> <p>2) Tabelle di riparto degli incassi</p>	<p>1) ≥ 80% delle prestaz. LP intramoenia ricomprese in piattaforma CUP WBS al 31/12/2024</p> <p>2) Elaborazione coerente alle indicazioni del regolamento aziendale</p>	<p>31/12/2024</p>	<p>1-2) Report sul sistema di riparto incassi completo di tabelle di riparto</p>	<p>100</p>

Responsabile di SS  
Dott.ssa Lucia Paola Zanatta



Direttore di Struttura  
Dott.ssa Arabella Fontana





**SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

Peso

**DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO**

100

**OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. MEDICINA INTERNA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO		DIRETTORE: DOTT. GIANLUCA AIROLDI				Dirigenza	Comparto Sanità
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Gianluca Airolidi

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Carla

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. MEDICINA INTERNA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASI NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Gianluca Airoidi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

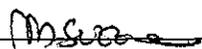
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

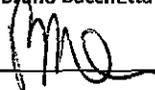
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. MEDICINA INTERNA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

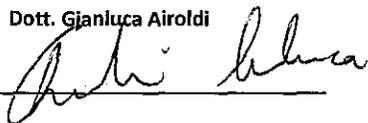
Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Maurizia Sezzano



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Gianluca Airoidi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE						STRUTTURA: S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA		Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO						DIRETTORE: DOTT. CLAUDIO DIDINO		Dirigenza	Comparto Sanità
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>								100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>								Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi				
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo di dispositivi medici/produzione	≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale FO - SICG				
<b>Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità</b>								Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72		
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>								Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24		

Direttore di Struttura  
Dott. Claudio Didino

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore di Struttura  
CPSS Paola Alberganti

Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Caria

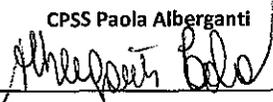
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

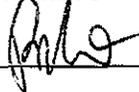
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS Paola Alberganti



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



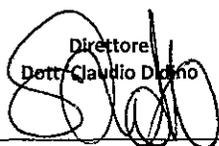
Direttore della Struttura  
Dott. Claudio Didino



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
 Dott. Claudio Di Ciano



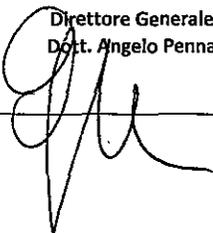
Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
 Dott. Angelo Penna



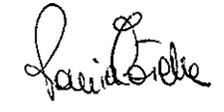


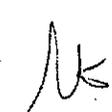
**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>		<b>STRUTTURA: S.C. NEUROLOGIA</b>				<b>Peso Performance organizzativa</b>	
<b>DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO</b>		<b>DIRETTORE: DOTT.SSA LAURA GODI</b>				<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscoetto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		





Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Laura Godi

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore  
CPS Romina Matella

Coordinatore  
CPSS Veronique Toniolo

Coordinatore  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. NEUROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

  
Direttore  
Dott.ssa Laura Godi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

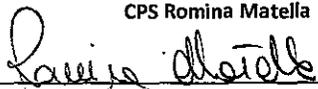
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. NEUROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVA/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS Romina Matella



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



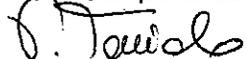
Direttore della Struttura  
Dott.ssa Laura Godi



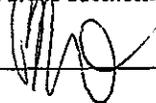
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. NEUROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS Veronique Toniolo



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Laura Godi





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. CARDIOLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO		DIRETTORE: DOTT. PIERFRANCO DELLAVESA				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Partecipare al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		

*[Handwritten signatures and initials]*

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Pierfranco Dellavesa

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore di Struttura  
Dott. Alessandro Ferri

Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anja Cerla

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. CARDIOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Pierfranco Dellavesa

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Accessi venosi centrali con approccio ecoguidato	N° di procedure rispetto al totale dei CVC posizionati in UTIC	≥85%	31/12/2024	Refertazione in cartella clinica	100

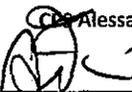
Responsabile di SS  
Dott. Stefano Maffè

Direttore di Struttura  
Dott. Pierfranco Dellavesa

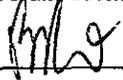
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CARDIOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	-10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLSD, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura

  
Dott. Alessandro Ferri

Dirigente DIPSA

  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura

  
Dott. Pierfranco Dellavesa



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.D01

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. NEFROLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO		DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO				Dirigenza Comparto Sanità	
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100 100	
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 5 anno precedente 2) 5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdia/personi formatizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili (allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione OMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Stefano Cusinato

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore di Struttura  
DSS Veronica Torricello

Coordinatore di Struttura  
DSS Daniela Zanetta

Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Maurizia Serzano

Dirigente DSS  
Dott. Plinio Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelencchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Ferraro

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. NEFROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Stefano Cusinato

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

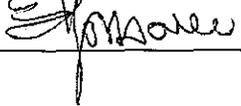
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

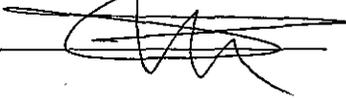
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS EMODIALISI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Pesc
Gestione della spesa farmaceutica e dei trattamenti emodialitici a parità di produzione	Consumo di prodotti farmaceutici/produzione	s anno precedente	31/12/2024	Report	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Elena Ragazzoni



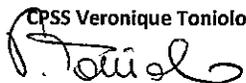
Direttore di Struttura  
Dott. Stefano Cusinato



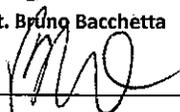
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. NEFROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso	
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60	
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10	
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS Veronique Toniolo



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



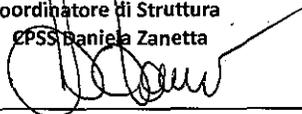
Direttore della Struttura  
Dott. Stefano Cusinato



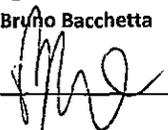
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. NEFROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS Daniela Zanetta



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Stefano Cusinato





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>		<b>STRUTTURA: S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>				<b>Peso</b> Performance organizzativa	
<b>DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO</b>		<b>DIRETTORE: DOTT. DAVIDE COLOMBO</b>				<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	40	4
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/ totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/ totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG		
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Davide Colombo

Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Maria Iaci

Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Maurizia Sezzano

Dirigente DIP  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Gerla

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zilicchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Davide Colombo



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



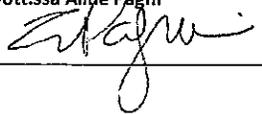
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



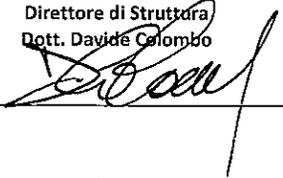
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS RIANIMAZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Proposta di riorganizzazione, da condividere con il Dipartimento e la DMPO, in vista dell'apertura degli ulteriori posti lett, in attuazione del Piano Arcuri,	Progetto proposto a Dipartimennto e DMPO	Entro il 31/12/2024	31/12/2024	Progetto	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Aline Pagni



Direttore di Struttura  
Dott. Davide Colombo



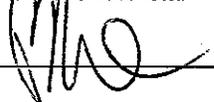
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

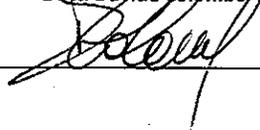
Coordinatore di Struttura  
CPS INF Maria Iaci



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Davide Colombo





**SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

Peso

**DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI**

100

**OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

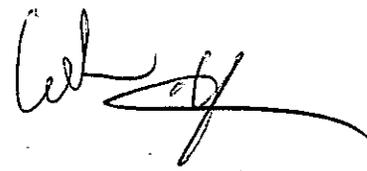
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. CHIRURGIA GENERALE				Peso Performance organizza	
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI		DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI				Dirigenza	Com Sa
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	1
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizza	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Com Sa
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2025	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG		




Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organi:	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Corr Sa
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organi:	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Corr Sa
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	

Direttore di Struttura  
Dott. Carlo Socci



Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



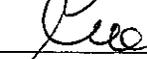
Coordinatore di Struttura  
GPS INF Giuseppe Sinesi



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Rocchetta



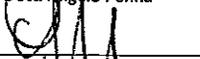
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Coria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



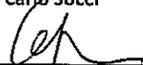
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. CHIRURGIA GENERALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Carlo Socci



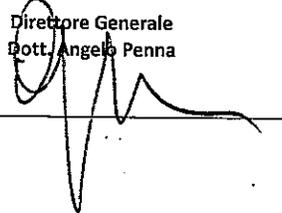
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



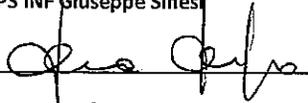
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CHIRURGIA GENERALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone, afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Giuseppe Sinesi



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruna Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Carlo Socci





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. ONCOLOGIA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI		DIRETTORE: DOTT.SSA INCORONATA ROMANIELLO				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						40	4	4
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG			
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Tempi d'attesa per le prime visite	Standard previsto dalla CAS	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

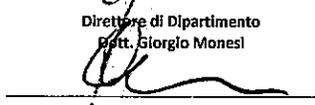
Direttore di Struttura  
Dott.ssa Incoronata Romaniello



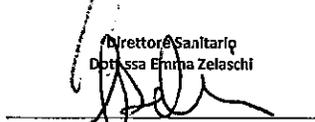
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Verla



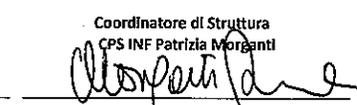
Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Coordinatore di Struttura  
CPS INF Patrizia Morganti



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

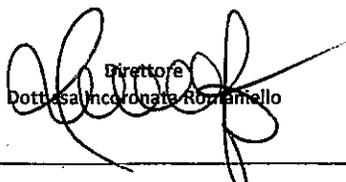


Direttore DIPSa  
Dott. Bruno Barchetta



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. ONCOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

  
 Direttore  
 Dott.ssa Incoronata Ruffinello

Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Anna Ceria

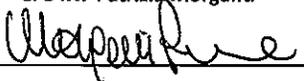
Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
 Dott. Angelo Penna

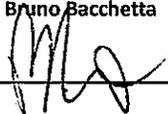
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. ONCOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Patrizia Morganti



Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Incoronata Romaniello





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODIC  
048/Mod/23,

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				Peso Performance or
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI		DIRETTORE: DOTT. MAURO PORTA				Dirigenza
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance or
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG	

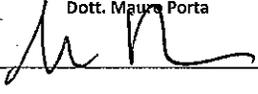
*mh*

*Porta*

*Direttore* *MAURO PORTA* *MS* *h*

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20

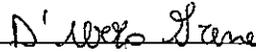
Direttore di Struttura  
Dott. Mauro Porta



Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



Coordinatore di Struttura  
CPS INF Irene D'Urzo



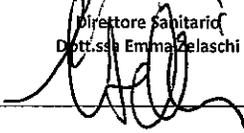
Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



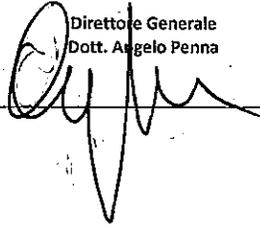
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

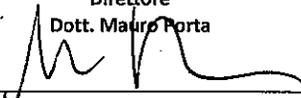


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Mauro Porta



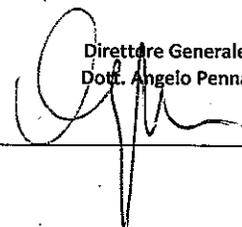
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zerascchi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS TRAUMATOLOGIA D'URGENZA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Facilitare il percorso ortopedico del paziente che accede al DEA	Progetto predisposto e presentato alla DMPO e al GoCSS	entro il 31/12/2024	31/12/2024	Ptogetto	100

Responsabile di SS

Dott. Franco Primatesta

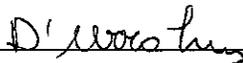
Direttore di Struttura

Dott. Marco Porta

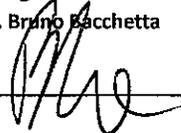
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1.	5) 31/12/2024	5) Report	10

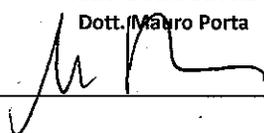
Coordinatore di Struttura  
CPS INF Irene D'Urzo



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Mauro Porta





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODIC  
048/Mod/23,

DIPARTIMENTO CHIRURGICO	STRUTTURA: S.C. UROLOGIA	Peso Performance or
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI	DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI	Dirigenza

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance or

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG	

*Handwritten signatures and initials:*  
 AT [Signature]  
 M.B. [Signature]

Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20

Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Monesi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Michela Beretta

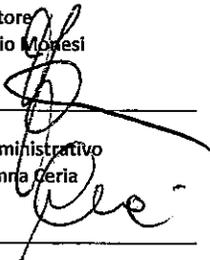
Direttore Generale  
Dott. Angelo Panna

Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Barchetta

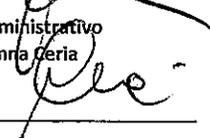
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. UROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

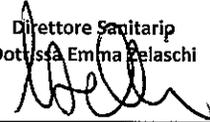
Direttore  
Dott. Giorgio Moresi



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi



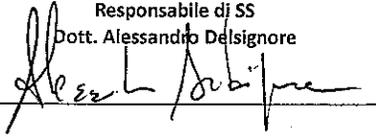
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ANDROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Impatto della chirurgia sullo spermogramma a sei mesi dalla chirurgia	N° casi totali su N° casi valutati	≥60%	31/12/2024	Report	100

Responsabile di SS  
Dott. Alessandro DeSignore



Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Tonnesi



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. UROLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

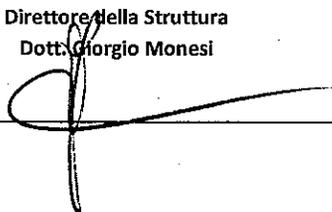
Coordinatore di Struttura  
CPS INF Michela Beretta



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Giorgio Monesi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO	STRUTTURA: S.C. OCULISTICA	Peso Performance organizza
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI	DIRETTORE: DOTT.SSA GIOVANNA VINCENZINA ABBIATI	Dirigenza Com Sa

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100  
1

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizza

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Com Sa
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	40	
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG		

P

Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Con Sa
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Con Sa
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Barbara Greto

Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OGGETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. OCULISTICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. Incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale

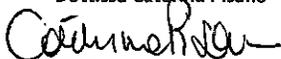
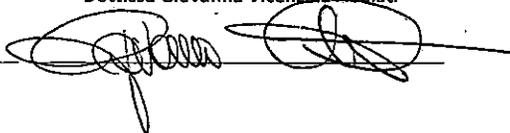
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CHIRURGIA E DIAGNOSTICA OFTALMICA AMBULATORIALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Applicazione del modello organizzativo TREAT & EXTEND nei pazienti affetti da maculopatia essudativa candidati a terapia intravitreale	N. pazienti che hanno completato il percorso/totale dei pazienti arruolati	≥ 90%	31/12/2024	Report	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Caterina Pisano

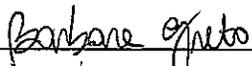
Direttore di Struttura  
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. OCULISTICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione -sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

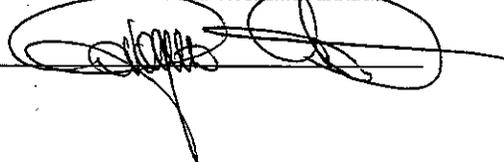
Coordinatore di Struttura  
CPS INF Barbara Greto



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODIC  
048/Mod/23

DIPARTIMENTO CHIRURGICO	STRUTTURA: S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Peso Performance or
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI	DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI	Dirigenza

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

Peso  
Performance or

Obiettivi Economici e Attività

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente. 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione, degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	

*Per*

*Al*

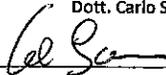
*Al*

*Al*

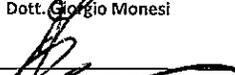
*Al*

Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20

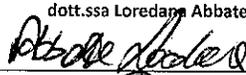
Direttore di Struttura  
Dott. Carlo Socci



Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



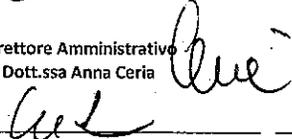
Coordinatore Area Ospedaliera  
dott.ssa Loredana Abbate



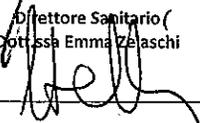
Dirigente D/PSa  
Dott. Bruno Sacchetta



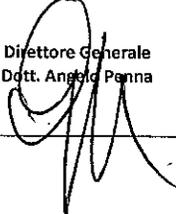
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



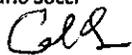
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



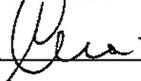
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Carlo Socci



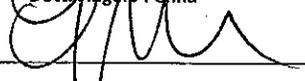
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

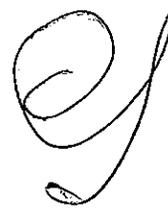
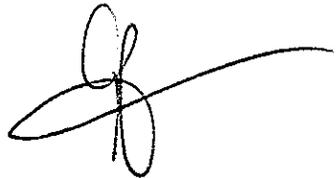
CODIC  
048/Mod/23/

<b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>	<b>STRUTTURA: S.S.D. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE</b>	Peso Performance or
<b>DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI</b>	<b>DIRETTORE: DOTT. CLAUDIO SAVOINI</b>	Dirigenza

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

Peso  
Performance or

Obiettivi Economici e Attività						Dirigenza
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	
Partecipare al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report	40
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	



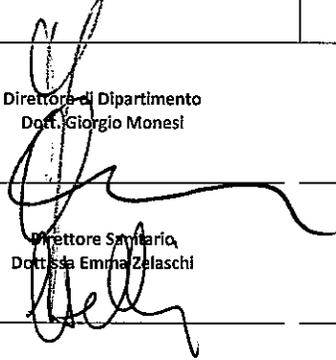


Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance or
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance or
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20

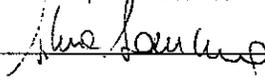
Direttore di Struttura  
Dott. Claudio Savoini



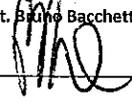
Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



Coordinatore di Struttura  
CPS Fisioterapista Silvia Somma



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



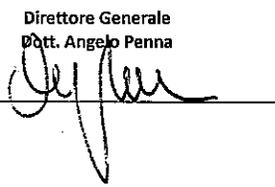
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



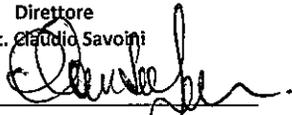
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



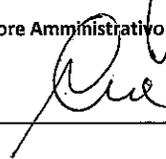
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Claudio Savoini



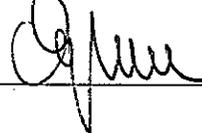
Direttore Amministrativo



Direttore Sanitario



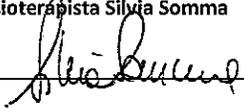
Direttore Generale



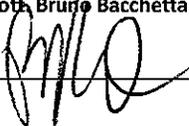
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS Fisioterapista Silvia Somma



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Claudia Savoini





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODIC  
048/Mod/23,

DIPARTIMENTO CHIRURGICO	STRUTTURA: S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	Peso Performance or
DIRETTORE: DOTT. GIORGIO MONESI	DIRETTORE: DOTT. ANDREA TOSO	Dirigenza

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance or

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale	
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) ≥ anno precedente 2) ≥ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG	

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance or	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e del programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance or	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	

Direttore di Struttura  
Dott. Andrea Toso

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Franco Dragotta

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Sacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Leaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

**Coordinatore di Struttura**  
CPS INF Franco Dragotta

Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura  
Dott. Andrea Toso

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Andrea Toso

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penha



SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Peso

DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA

100

OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Obiettivi Economici e Attività

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

Obiettivi Appropriatazza e Qualità

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno.	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

Obiettivi Innovazione e Sviluppo

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totali dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

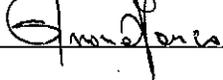
CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	STRUTTURA: S.C. PEDIATRIA	Peso Performance organizzati	
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA	DIRETTORE: DOTT.SSA SIMONA DE FRANCO	Dirigenza	Compart Sanità
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>		100	100

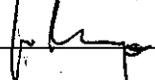
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzati	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Compart Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		

Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Compart Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Compart Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

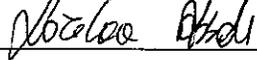
Direttore di Struttura  
Dott.ssa Simona De Franco



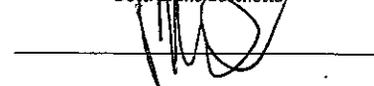
Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa



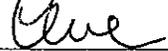
Coordinatore Area Ospedaliera  
Dott.ssa Loredana Abbate



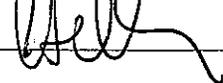
Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Barchetta



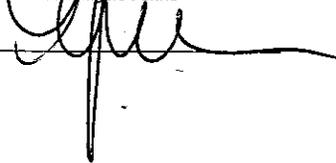
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceia



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. PEDIATRIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott.ssa Simona De Franco

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS NEONATOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Al fine di dare corso alla Policy sull'allattamento al seno intersocietaria proposta dal Presidente del TAS del Ministero della Salute e dal Presidente della Commissione Allattamento e BLUD della Società Italiana di Neonatologia, alla quale il DMI ha aderito nel 2023, sono definiti i seguenti obiettivi specifici: formazione degli operatori sanitari che lavorano sulla diade mamma neonato sulle buone pratiche dell'allattamento al seno; informazione dei futuri genitori sull'importanza dell'allattamento al seno in termini di promozione alla salute del bambino e della madre e quindi sugli strumenti messi a disposizione dall'ASL NO per raggiungere gli obiettivi trascritti nella policy.	1) Riunione con tutto il personale afferente al Nido (medici, OSS, infermieri) dove verrà spiegata in dettaglio la Policy e sottolineata l'importanza di una formazione mirata sull'allattamento al seno attraverso corsi strutturati FAD o residenziali (relazione) 2) Riunione per verifica dello stato di formazione ed eventuale messa in atto di strategie per implementare il personale formato 3) Relazione finale e pubblicazione sul sito aziendale della Policy allo scopo di informare l'utenza su quanto l'azienda mette in atto per la promozione dell'allattamento al seno	1) Entro il 31/03/2024 2) Entro il 30/06/2024 3) Entro il 31/12/2024	31/12/2024	1) Verbale 2) Verbale 3) Relazione	100

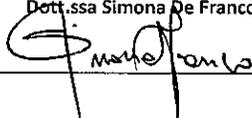
Responsabile di SS

Dott.ssa Roberta Paracchini



Direttore di Struttura

Dott.ssa Simona De Franco





SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA		DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscoito ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) < anno precedente 2) < anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	40	4
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		
Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici	1) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità A operati entro 30 gg/totale interventi effettuati con codice priorità A nell'anno in corso 2) Interventi chirurgici di competenza con codice di priorità B operati entro 60 gg/totale interventi effettuati con codice priorità B nell'anno in corso	1) >= anno precedente 2) >= anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG		

*DR*  
*MU*

*Qu*  
*Di*

Obiettivi Approprietezza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Ruspa

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa

Coordinatore Area Ospedaliera  
dott.ssa Loredana Abbate

Dirigente Dip.Sa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cora

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GdCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
 Dott. Giovanni Ruspa

Direttore Amministrativo  
 Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
 Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
 Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: S.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA		DIRETTORE: DOTT.SSA RENATA BRIGATTI				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	No TA
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	///
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso	zanno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SICG			
Partecipare al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	28/02/2025	NPI, RRF, Distretti, DMPO, CARDIO	Report			
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	///
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	///

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Renata Brigatti

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa

Coordinatore di Struttura  
CPS Fisioterapista Gabriella Carpanese

Direttore DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

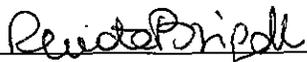
Direttore Generale  
Dott. Angelo Panna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

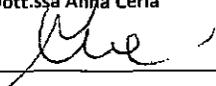
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

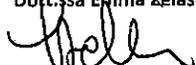
Dott.ssa Renata Brigatti



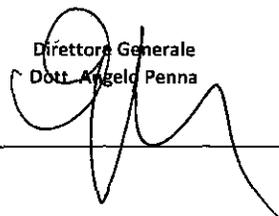
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



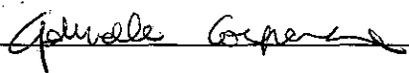
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



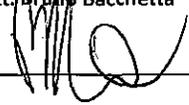
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

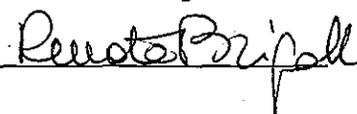
**Coordinatore di Struttura**  
CPS Fisioterapista Gabriella Carpanese



**Dirigente DiPSa**  
Dott. Bruno Bacchetta



**Direttore della Struttura**  
Dott.ssa Renata Brigatti





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>		<b>STRUTTURA: S.S.D. CONSULTORI</b>				<b>Peso</b> Performance organizzativa	
<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA</b>		<b>DIRETTORE: DOTT. GIORGIO PRETTI</b>				<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso	2anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SICG		
Dare attuazione al modello territoriale di cui alla D.G.R. n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla D.G.R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022	Secondo le indicazioni regionali	Entro le tempistiche definite dalla Regione	28/02/2025	Distretti, DMPO, CONS, NPI, DSM, SSPA	Relazione		
<b>Obiettivi Appropriately e Qualità</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Pretti

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa

Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Michela Erba

Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Rita Pedroni

Dirigente CIPSA  
Dott. Bruno Sacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. CONSULTORI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Pretti

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

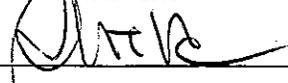
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. CONSULTORI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

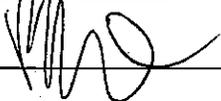
**Coordinatore di Struttura**

Dott.ssa Rita Pedroni



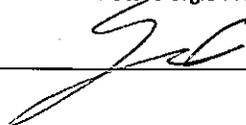
**Dirigente S.C. DIPSА**

Dott. Bruno Bacchetta



**Direttore di Struttura**

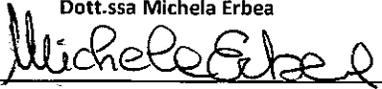
Dott. Giorgio Pretti



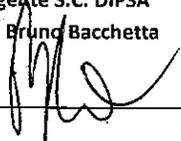
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. CONSULTORI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi.	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLSO, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

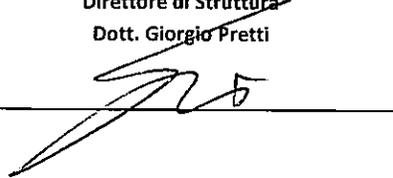
Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Michela Erbea



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Pretti





**SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI**

Peso

**DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA**

100

**OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40

**Obiettivi Appropriattezza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.0

<b>DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI</b>						<b>STRUTTURA: S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E LABORATORIO</b>		<b>Peso Performance organizzativa</b>	
<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA</b>						<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA</b>		<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>								<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>								<b>Peso Performance organizzativa</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi				
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG				
<b>Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità</b>								<b>Peso Performance organizzativa</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72		
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>								<b>Peso Performance organizzativa</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24		

Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Coordinatore di Struttura  
CPS TSLB Ciro Lucini

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

Coordinatore di Struttura  
CPS TSLB Tania Valloggia

Coordinatore del Dipartimento  
CPS INF Marinella Platini

Dirigente DPSa  
Dott. Bruno Pasche

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E LABORATORIO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

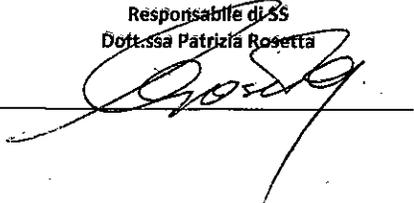
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS QUALIFICAZIONE BIOLOGICA EMOCOMPONENTI**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Pesc
Predisposizione nuova gara per Biologia Molecolare - NAT	Predisposizione documentazione di competenza	Documenti elaborati in bozza e consegnati agli uffici per condivisione entro il 31/12/2024	31/12/2024	Capitolato in bozza e Progetto preliminare	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Patrizia Rosetta



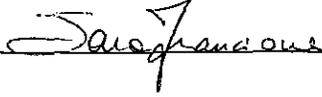
Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca



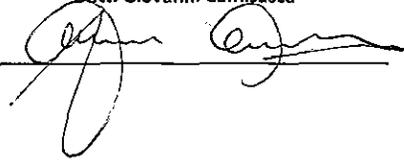
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS LABORATORIO ANALISI URGENZE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Configurazione nuovi test per settore Urgenze	Numero di esami configurati/Totale degli esami per settore urgenze	100% esami configurati per il settore urgenze	31/12/2024	Tabella configurazione parametri esami urgenti	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Sara Francione



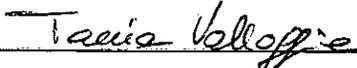
Direttore di Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca



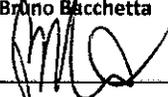
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E LABORATORIO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS TSLB Tania Valloggia



Dirigente S.C. DIPS  
Dott. Bruno Bacchetta



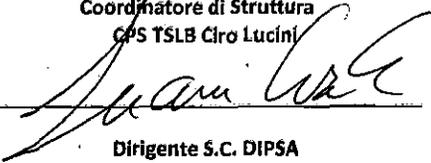
Direttore della Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca



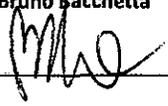
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E LABORATORIO**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS TSLB Ciro Lucini



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Dirigente della Struttura  
Dott. Giovanni Camisasca





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI</b>						<b>STRUTTURA: S.C. ANATOMIA PATOLOGICA</b>			<b>Peso Performance organizzativa</b>		
<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA</b>						<b>DIRETTORE: DOTT. STEFANO VALENTINI</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Cc</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Cc</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi						
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4				
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG						
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Cc</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72				
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Cc</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc	Dirigenza	Comparto Sanità	Cc
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24				

Direttore di Struttura  
Dott. Stefano Valentini

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore del Dipartimento  
DSS INF Marinella Platini

Direttore DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. ANATOMIA PATOLOGICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Stefano Valentini

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

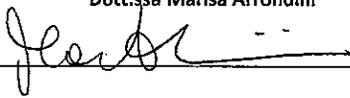
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CENTRO UNICO PER LO SCREENING CERVICOVAGINALE DEL PIEMONTE ORIENTALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Revisione della procedura Controlli Qualità Pap-Test	Revisione della procedura secondo format del Centro Unico	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Procedura	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Marisa Arrondini



Direttore di Struttura  
Dott. Stefano Valentini





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI						STRUTTURA: S.C. RADIOLOGIA		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA						DIRETTORE FF: DOTT.SSA STEFANIA ALBERTINAZZI		
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
						100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG			
Garantire l'esecuzione degli esami per lo screening per i tumori della mammella (I° e II° livello) in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2024 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP	N. esami erogati/totale esami programmati per lo screening*100	100% nei tempi previsti	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4	4
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubbliche/esclusive per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGIA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGIA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si predica che le agende per visite e prestazioni per la programmazione e degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdia/personi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e del programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPD sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

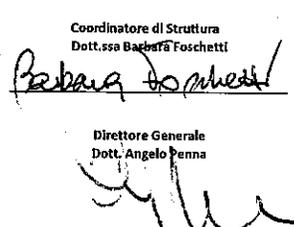
Direttore FF di Struttura  
Dott.ssa Stefania Albertinazzi



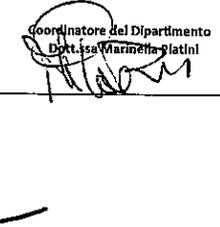
Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca



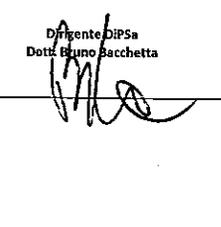
Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Barbara Foschetti



Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Marinella Iatini



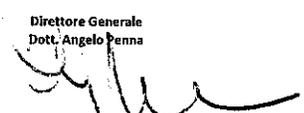
Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Sacchetta



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



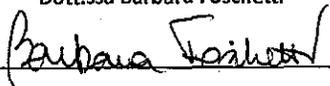
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



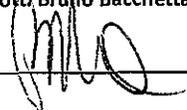
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. RADIOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

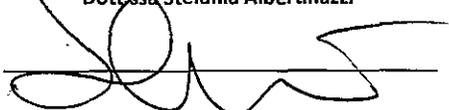
Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Barbara Foschetti



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore FF di Struttura  
Dott.ssa Stefania Albertinazzi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI	STRUTTURA: S.C. FARMACIA TERRITORIALE	Peso Performance organizzativa
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA	DIRETTORE FF: DOTT.SSA MARIANGELA DAIRAGHI	Dirigenza Comparto TA

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

100      100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG	40	4
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	5 valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Ordinatori di spesa	Report SEF		
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2024 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti	1) N° incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica; 2) N° report per prescrittori (MMG/PLS)	1) Almeno un incontro a trimestre 2) Almeno un report a bimestre	31/12/2024	Struttura firmataria, Distretti	1) Verbale 2) Report		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore FF di Struttura  
Dott.ssa Mariangela Dairaghi

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore del Dipartimento  
Cristina Marinella Platini

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

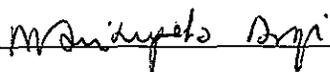
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. FARMACIA TERRITORIALE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore FF  
Dott.ssa Mariangela Dairaghi



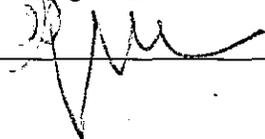
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

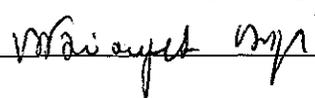
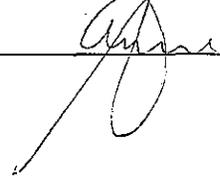


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Implementare l'informatizzazione della prescrizione di ausili e dispositivi	Numero prescrizioni anno 2024/ Numero prescrizioni anno 2023	≥30%	31/12/2024	Report	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Mariangela Dairaghi

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: S.C. FARMACIA OSPEDALIERA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT.SSA CRISTINA ROSSI				Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						100	100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	40	4	4
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	5 anno precedente	31/12/2024	Tutte le strutture in staff alla Direzione Generale (eccetto Psicologia), Dipartimento di Prevenzione, strutture di supporto tecnico amministrativo, DMPO, Farmacia Ospedallera, Farmacia Territoriale, Sanità Penitenziaria	Report SICG			
Realizzazione e completamento del MUSA	Cronoprogramma di realizzazione e completamento	Tempistiche previste dal cronoprogramma di realizzazione e completamento	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						Peso Performance organizzativa		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Cristina Rossi

*Cristina Rossi*

Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

*Giovanni Camisasca*

Coordinatore del Dipartimento  
CPSS INF Marinella Platini

*Marinella Platini*

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta

*Bruno Bacchetta*

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

*Anna Ceria*

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

*Emma Zelaschi*

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

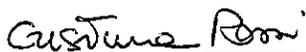
*Angelo Penna*

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. FARMACIA OSPEDALIERA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Cristina Rossi



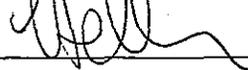
Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



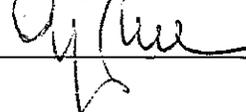
Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS GALENICA OSPEDALIERA E ATTIVITA' CLINICO GESTIONALE SUI DISPOSITIVI MEDICI**

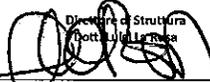
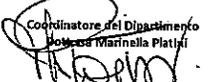
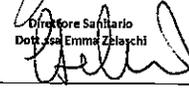
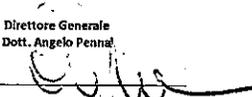
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Effettuare risk assessment scritto per definire il rischio microbiologico delle preparazioni effettuate presso l'UFA della Farmacia	1) Identificazione e categorizzazione dei prodotti da sottoporre all'analisi in base a modalità di allestimento, via di somministrazione, formulazione finale e dosaggi 2) Identificazione del livello di rischio di contaminazione per prodotto 3) Definizione delle barriere e correlazione con i prodotti/categorie 4) Ricalcolo del livello di rischio microbiologico in funzione delle barriere/condizioni	1) Entro il 30/04/2024 2) Entro il 30/06/2024 3) Entro il 30/09/2024 4) Entro il 30/12/2024	31/12/2024	Relazione	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Elisa Maria Erina Albini

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Cristina Rossi

*Cristina Rossi*

SCHEDE OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI			STRUTTURA: S.S.D. ALLERGOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA			DIRETTORE: DOTT. LUIGI LA ROSA			Dirigenza    Comparto Sanità	
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100    100	
Obiettivi Economici e Attività						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione		
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASL NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 5 anno precedente 2) 5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubblico/esclusivo per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNGLA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: Si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pdta/percorsi formalizzati, follow up, gravidanza, prestazioni post op, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili /allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso Performance organizzativa	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

 Direttore di Struttura  
Dott. Luigi La Rosa  
 Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca  
 Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Marinella Platini  
 Coordinatore del Dipartimento  
Dott.ssa Marinella Platini  
 Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Bacchetta  
 Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria  
 Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi  
 Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. ALLERGOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott. Luigi La Rosa

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

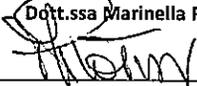
Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

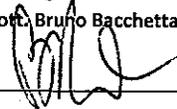
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. ALLERGOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
Dott.ssa Marinella Platini



Dirigente DiPSa  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Luigi La Rosa





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI</b>						<b>STRUTTURA: S.S.D. DIABETOLOGIA</b>		<b>Peso</b> Performance organizzativa	
<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA</b>						<b>DIRETTORE: DOTT.SSA CHANTAL PONZIANI</b>		<b>Dirigenza</b>	
<b>DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA</b>						<b>DIRETTORE: DOTT.SSA CHANTAL PONZIANI</b>		<b>Comparto Sanità</b>	
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi				
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione				
Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNLGA *	Indice di performance delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di pertinenza	Entro lo standard regionale. Sarà comunque considerato raggiunto l'obiettivo delle prestazioni oltre lo standard a fronte di un decremento pari ad almeno il 5% rispetto all'anno precedente o a fronte di un incremento della produzione pari al 5% rispetto all'anno precedente. *Nota: il punteggio di ogni intervento o prestazione è rappresentato dal valore del peso attribuito all'obiettivo, diviso il numero degli interventi o delle prestazioni. L'elenco degli interventi e delle prestazioni di competenza è dettagliato sul Cruscotto ASI NO	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	40	4		
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 5 anno precedente 2) 5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG				
Garantire, secondo quanto previsto dall'allegato A alla DGR 20 - 6920 del 22 maggio 2023, la corretta profilazione nel sistema del CUP Unico Regionale delle agende del rapporto pubblico/esclusivo per le seguenti tipologie di prestazioni: prime visite monitorate PNLGA; visita nefrologica; visita cure palliative; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNLGA	Percentuale di agende pubbliche sul totale	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75% NB: si precisa che le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi: cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, pediatra/formalitati, follow up, gravidanza, prestazioni post ps, day service, malattie rare, detenuti, sono escluse dal calcolo percentuale se, in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, la fascia di prenotazione è sottoposta all'automatismo di liberazione in "pubblica" degli eventuali posti ancora disponibili (allegato A alla DGR 4 - 4878 del 14/04/2022).	31/12/2024	Struttura firmataria	Report Trimestrale				
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72		
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso</b> Performance organizzativa			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24		

Direttore di Struttura

Dott. Ssa Chantal Ponziani

Direttore di Dipartimento

Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore di Struttura

CPSR INF Marinella Platini

Coordinatore del Dipartimento

CPSR INF Marinella Platini

Dirigente DIFSA

Dott. Brunella Marchetta

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelanoli

Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. DIABETOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Gruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore

Dott.ssa Chantal Ponziani

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. DIABETOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto iscritti ai corsi, BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS INI Marinella Platini



Dirigente S.C. DIPSA  
Dot. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dot. ssa Chantal Ronziani





**SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

**Peso**

**DIRETTORE: DOTT.SSA PAOLA BOSSI**

**100**

**OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione culturale e funzionale tra le strutture interne al dipartimento e con gli altri dipartimenti aziendali e interaziendali e l'implementazione dei gruppi di progetto specifici	1) Incontri di Dipartimento 2) Relazione sull'attività svolta rispetto al piano di attività	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2025	1) 31/12/2024 2) 31/01/2025	1) Verbali riunioni 2) Relazione	40
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024	Budget consumato per l'anno 2024	≤ valore del Budget consumato nel 2023 con rivalutazione nel mese di luglio 2024 e nel mese di ottobre 2024	31/12/2024	Report SICG	

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione della qualità dei servizi e alla gestione del rischio, secondo quanto previsto negli specifici Piani annuali	Incontri di monitoraggio per l'attuazione dei Piani	Almeno uno all'anno	31/12/2024	Relazione di Dipartimento	30

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totali dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2024	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Perna



**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>		<b>STRUTTURA: S.C. PSICHIATRIA AREA NORD</b>				<b>Peso Performance organizzativa</b>		
<b>DIRETTORE: DOTT. SSA PAOLA BOSSI</b>		<b>DIRETTORE: DOTT. GIORGIO CASTIGNOLI</b>				<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficienza ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG			
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Castignoli

Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Dr.ssa Mariangela Fumagalli

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Dr.ssa Franca Battazzi

Dirigente DIPSA  
CPS Ed. Prof. Anna Audone

Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott. Giorgio Castignoli

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cena

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

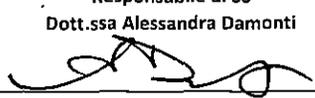
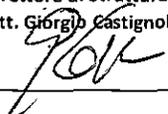
Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD ARONA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Sofferenza psichica, identità e disregolazione: i bisogni del mondo giovanile	1) Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale (psichiatra, psicologo, educatore) 2) n. incontri l'anno	1) gruppo costituito entro il 30/06/2024 2) almeno 4 incontri/anno	31/12/2024	Verbale di costituzione del GDL verbali riunioni documento di sintesi incontro formativo per tutta l'equipe	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Alessandra Damonti

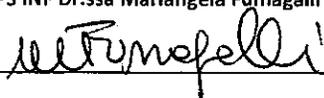
Direttore di Struttura  
Dott. Giorgio Castignoli

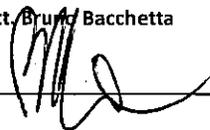
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
<p>Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi</p>	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

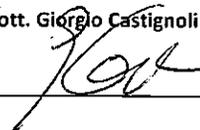
Coordinatore di Struttura  
CPS INF Dr.ssa Mariangela Fumagalli



Dirigente S. C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Giorgio Castignoli



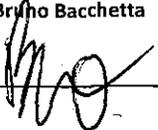
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA NORD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Franca Rattazzi



Dirigente S.C. DIPSA  
Dott. Bruno Bacchetta



Direttore della Struttura  
Dott. Giorgio Castignoli





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

<b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>						<b>STRUTTURA: S.C. PSICHIATRIA AREA SUD</b>			<b>Peso Performance organizzativa</b>		
<b>DIRETTORE: DOTT.SSA PAOLA BOSSI</b>						<b>DIRETTORE: DOTT.SSA PAOLA BOSSI</b>					
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>						<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi						
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4	4			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	5 anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	Report trimestrale SICC						
<b>Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Pian/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72			
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso Performance organizzativa</b>			<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano aziendale triennale di Innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24			

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Paola Bossi

Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Paola Pizzi

Coordinatore di Struttura  
CPS TRPsch Liliana Vassallo

Coordinatore di Struttura e del Dipartimento  
CPSS Ed-Prof. Anna Andone

Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Facchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

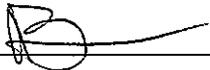
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelazchi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Pagna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott.ssa Paola Bossi



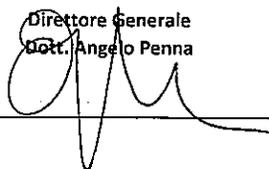
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



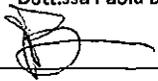
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD TRECATE-GALLIATE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Pes
Riorganizzazione e applicazione di un modello di presa in carico e riabilitazione nell'ambito della gestione congiunta delle sedi di trecate e galliate	modalita' operative csm/cd definite	entro il 31/12/2024	31/12/2024	documento che definisca le modalita' operative	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Maria Melania Maffi



Direttore di Struttura  
Dott.ssa Paola Bossi

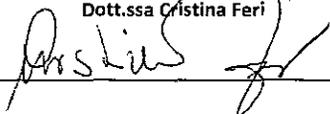
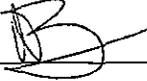


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD NOVARA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Pes
Monitoraggio e sistematizzazione del modello di lavoro in mini equipe con particolare riguardo al passaggio all'eta' adulta dei pazienti seguiti dal servizio di npi, all'ambulatorio per le "depressioni post partum", alla gestione delle richieste di assunzione in cura /presa in carico di persone ultra 65 enni	Definizione del modello organizzativo	entro il 31/12/2024	31/12/2024	Relazione	100

Responsabile di SS  
Dott.ssa Cristina Feri

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Paola Bossi

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

**Coordinatore di Struttura**  
 CPS TRPsch Liliana Vassallo



**Dirigente DiPSa**  
 Dott. Bruno Bacchetta



**Direttore della Struttura**  
 Dott.ssa Paola Bossi



**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Paola Pizzi



Dirigente DiPSa,  
Dott. Bruno Bacchetta



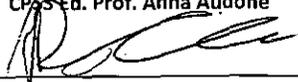
Direttore della Struttura  
Dott.ssa Paola Bossi



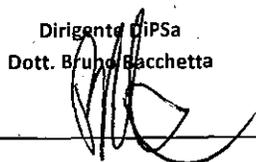
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMIVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS Ed. Prof. Anna Audone



Dirigente di PSa  
Dott. Bruno Sacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Paola Bossi





**SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

CODICE:  
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	STRUTTURA: S.S.D. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT.SSA PAOLA BOSSI	DIRETTORE: DOTT.SSA ROBERTA VALSESIA	Dirigenza	Comparto Sanità
<b>Obiettivi di struttura - Performance organizzativa</b>		100	100

**Obiettivi Economici e Attività**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi		
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione	40	4
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) ≤ anno precedente 2) ≤ anno precedente	31/12/2024	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICC 2) Report trimestrale FO - SICC		

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Peso  
Performance organizzativa

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Roberta Valsesia

Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi

Coordinatore di Struttura  
CPS INF Sergio Spontino

Coordinatore del Dipartimento  
CPS Ed. Prof. Anna Audone

Dirigente DIPSa  
Dott. Bruno Picchetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

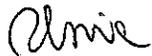
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq$ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott.ssa Roberta Valsesia



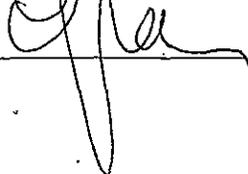
Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



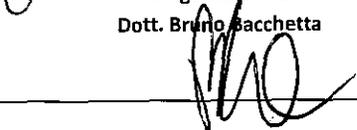
**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS/D, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura  
CPSS INF Sergio Sponzino



Dirigente DIPSA  
Dott. Bruno Sacchetta



Direttore della Struttura  
Dott.ssa Roberta Valsesia





**SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA**

**CODICE:**  
048/Mod/23/Rev.001

**DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE**

**STRUTTURA: S.C. SERVIZIO DELLE DIPENDENZE**

**Peso**  
**Performance organizzativa**

**DIRETTORE: DOTT.SSA SARAH VECCHIO**

<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>	<b>Comparto TA</b>
100	100	100

**Obiettivi di struttura - Performance organizzativa**

**Obiettivi Economici e Attività**

**Peso**  
**Performance organizzativa**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2024	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione degli obiettivi			
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2024-2026	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2024-2026	Entro 31/12/2024	31/12/2024	Struttura firmataria	Relazione			
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno precedente/N° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno in corso	2 anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2024	Struttura firmataria	Report SICG	40	4	4
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)	Azioni realizzate/azioni previste nel PRP	≥ 90%	28/02/2025	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
Collaborare alla realizzazione delle 'Immagini di salute' per quanto di competenza	N° schede di 'Immagini di salute' revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" nell'anno in corso o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività entro il 28/02/2025	28/02/2025	SIAN, SISP, UVOS, SPRÉSAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

**Peso**  
**Performance organizzativa**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nel tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	72

**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

**Peso**  
**Performance organizzativa**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Nel tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2025	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24

Direttore di Struttura  
Dott.ssa Sarah Vecchio

Coordinatore di Struttura  
DSS INF AD Maria Gigliola Rozzati

Coordinatore del Dipartimento  
DSS Ed. Prof. Anna Audone

Direttore DIPSa  
Dott. Bruno Borsetta

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Coria

Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emanuela Laschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. SERVIZIO DELLE DIPENDENZE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei dirigenti, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	4) 100%	4) 31/12/2024	4) Report Direttore di Dipartimento	10
	5) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	5) 100% al 31/03/2024	5) 31/03/2024	5) Report	10
	6) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di alta specializzazione o similari, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso	6) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO	6) Entro 30 giorni dalla data della delibera	6) Lettera di assegnazione	10

Direttore  
Dott.ssa Sarah Vecchio

Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

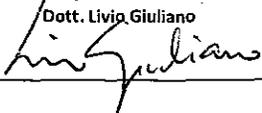
Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ALCOLOGIA**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Redazione di un documento recante indicazioni sull'impiego del disulfiram nei pazienti con disturbo da uso di alcol afferenti alla SC Ser.D	Documento predisposto	Entro il 31/12/2024	31/01/2025	Relazione	100

Responsabile di SS  
Dott. Livia Giuliano



Direttore di Struttura  
Dott.ssa Sarah Vecchio

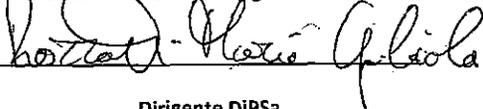


**OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. SERVIZIO DELLE DIPENDENZE**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Coordinare efficacemente attraverso un migliore utilizzo delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna, la valutazione dei propri operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2024	1) Report GoCSS	60
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2024	2) Verbale o mail	10
	3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali	3) Almeno un incontro di monitoraggio nell'anno	3) 31/12/2024	3) Verbale	10
	4) N. di persone afferenti alla struttura valutate secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura	4) 100% al 31/03/2024	4) 31/03/2024	4) Report	10
	5) N. professionisti sanitari del comparto formati nell'anno relativamente ai corsi BLS, PBLSD, ILS, ALS/Totale professionisti sanitari del comparto afferenti alla struttura	5) Almeno il 5% NB: Per le strutture con meno di 20 professionisti almeno 1	5) 31/12/2024	5) Report	10

Coordinatore di Struttura

CPSS INF AFD Maria Gigliola Rozzati



Dirigente DiPSa

Dott. Bruno Barchetta



Direttore della Struttura

Dott.ssa Sarah Vecchio



## Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22/06/2009

Strutture	Obiettivo
s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie	Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione
s.s.d. Governo clinico e sviluppo strategico	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.s.d. Redazione gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.s.d. Servizio di Psicologia	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
Funzione Medico Competente	Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione
Servizio Sociale Professionale Aziendale	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)
s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.c. Servizio Economico Finanziario	Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione
s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.c. Sistema Informativo e controllo di gestione	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024
s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.c. Medicina Legale	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)
s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)
s.c. Sanità Animale	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)
s.s.d. Unità Valutazione Organizzazione Screening	Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)
s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.s. P.M.P.P.V. ed Epidemiologia Veterinaria	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero	Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento ai Controlli di terzo livello

## Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22/06/2009

Strutture	Obiettivo
s.c. Anestesia e Rianimazione	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Cardiologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Medicina Interna	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Nefrologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Neurologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Chirurgia Generale	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Oculistica	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Oncologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
s.c. Ortopedia e traumatologia	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Urologia	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s.d. Otorinolaringoiatria	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Neuropsichiatria Infantile	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Ostetricia e Ginecologia	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Pediatria	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.s.d. Consulteri	Dare attuazione al modello territoriale di cui alla D.G.R. n. 34 - 6238 del 16 dicembre 2022 e alla D.G.R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022
s.c. Anatomia e istologia patologica	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Farmacia Ospedaliera	Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione
s.c. Farmacia Territoriale	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2024

## Obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22/06/2009

Strutture	Obiettivo
s.c. Radiologia	Garantire l'esecuzione degli esami per lo screening per i tumori della mammella (I° e II° livello) in attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2024 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP
s.s.d. Allergologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.s.d. Diabetologia	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Distretto Area Nord	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Distretto Area Sud	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.c. Distretto Urbano Novara	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA *
s.s.d. Cure palliative	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s.d. Sanità penitenziaria	Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione
s.c. Psichiatria Area Nord	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Psichiatria Area Sud	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. SER.T. NO	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, con particolare riferimento ai Programmi dell'Area Guadagnare Salute (stili di vita, corretta alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcolismo...)