



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

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 186 del 12/03/2025

***OGGETTO: ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
ALLE STRUTTURE AZIENDALI E DI PERFORMANCE INDIVIDUALE AI
DIRETTORI DI STRUTTURA/DIPARTIMENTO E AI COORDINATORI –
ANNO 2025***

PROPONENTE: S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE

(nominato con D.G.R. n° 23-653/2024/XII del 23 dicembre 2024)

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.

OGGETTO: *ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLE STRUTTURE AZIENDALI E DI PERFORMANCE INDIVIDUALE AI DIRETTORI DI STRUTTURA/DIPARTIMENTO E AI COORDINATORI – ANNO 2025*

*Il Direttore della S.C. Servizio Informativo e Controllo di Gestione
formula la sottoestesa proposta istruttoria:*

§§§§§§§§§§

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 2025 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, delle strutture semplici, delle funzioni, 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. 97 del 16 febbraio 2024;
DATO ATTO	che nel periodo 13 gennaio – 06 marzo 2025 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili ed i Coordinatori per assegnare gli obiettivi per l'anno 2025; che in sede di discussione degli obiettivi è stato sottolineato ai Direttori/Responsabili delle strutture interessate: - che la Regione Piemonte con D.G.R. n° 26-801 del 17 febbraio 2025 ha provveduto all'assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2025; - 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 2025" assegnato a tutte le strutture aziendali sarà tempestivamente declinato; - 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.
DATO ATTO	che gli obiettivi di performance delle strutture semplici 'Chirurgia d'urgenza', 'Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale', 'Terapia Intensiva e rianimazione', 'Gestione Attività Blocchi Operatori', 'Traumatologia d'urgenza', saranno assegnati dai Direttori delle strutture complesse di riferimento mediante apposito format entro 30 giorni dalla data della presente delibera;
DATO ATTO	che la diffusione degli obiettivi di performance organizzativa si è conclusa in data 06 marzo 2025, pertanto la data di scadenza dell'obiettivo infrannuale del 10 marzo 2025 indicata nelle schede di budget, viene posticipata al 12 marzo 2025;
PRECISATO	che la definizione ed assegnazione del budget economico 2025 sarà determinata in seguito all'aggiornamento della programmazione economico-finanziaria 2025; 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).

RITENUTO

di attribuire per l'anno 2025 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, alle Strutture Semplici Medico Competente e Unità Valutazione Organizzazione Screening, ai Servizi Prevenzione e Protezione e Sociale Professionale Aziendale, ai Direttori, ai Responsabili, ai Referenti ed ai Coordinatori delle medesime. Tali obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale.

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; ai sensi dell'art. 27 comma 3 CCNL 23/01/2024 l'eventuale impegno orario ulteriore prestato in eccesso nell'anno 2025 da ogni singolo dirigente sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;

che le ore aggiuntive, per l'anno 2025, collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 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 2025 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

per tutto quanto in premessa indicato:

DELIBERA

- 1. di attribuire** per l'anno 2025 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 detenuto in atti firmati in originale), quali parte integrante e sostanziale, alle strutture complesse, alle strutture semplici dipartimentali, alle Strutture Semplici Medico Competente e Unità Valutazione Organizzazione Screening, ai Servizi Prevenzione e Protezione e Sociale Professionale Aziendale nonché ai Direttori e Coordinatori delle citate strutture e di dipartimento;
- 2. di dare atto** che la data di scadenza dell'obiettivo infrannuale 10 marzo 2025 viene posticipata al 12 marzo 2025 rispetto alla data indicata nelle schede di budget;

3. **di dare atto** che la scadenza del primo obiettivo infrannuale i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance organizzativa e individuale
4. **di dare mandato** ai Direttori delle s.c. Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione e Ortopedia e Traumatologia di assegnare gli obiettivi di performance alle strutture semplici 'Chirurgia d'urgenza', 'Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale', 'Terapia Intensiva e rianimazione', 'Gestione Attività Blocchi Operatori' entro 30 giorni dalla data della delibera;
5. **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;
6. **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 2025, 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;
7. **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 medico, sanitario e veterinario e di 24 per la dirigenza PTA; conseguentemente l'eventuale impegno orario ulteriore prestato in eccesso nell'anno 2025 da ogni singolo dirigente sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
8. **di incaricare** la s.c. Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane a determinare per l'anno 2025 sulla base delle disposizioni contrattuali e regionali:
 - l'impegno orario aggiuntivo collegato alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 per la Dirigenza Medica, Sanitaria e Veterinari e per la dirigenza PTA; impegno orario aggiuntivo che sarà dedicato all'obiettivo attribuito a tutte le strutture aziendali come da allegato 4;
 - l'impegno orario aggiuntivo di cui all'art. 27 comma 3 CCNL 23/01/2024 Dirigenza Area Sanità ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
9. **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 2025 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

II DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria;
con il concorso dei pareri dei Direttori: Amministrativo e Sanitario;

**DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE
ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE**

II 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 n 6 (*sei*) pagine e di n 4 allegati.

Allegato 1 – Piano Aziendale di qualità e gestione del rischio – ASL NO – 2025, 5 pagine
Allegato 2 – Piano Triennale di innovazione e sviluppo – ASL NO – 2025-2027, 10 pagine
Allegato 3 – Obiettivi performance organizzata e individuale – ASL NO-2025, 248 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 - 2025 - BOZZA					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Monitoraggio dei principali processi della struttura	Garantire il monitoraggio dei processi aziendali attraverso la raccolta degli indicatori (ove previsti) dalle procedure/istruzioni operative redatte dalla struttura	1) Messa a disposizione dei processi da monitorare e dei relativi indicatori alle strutture 2) Predisposizione per ogni indicatore del report di monitoraggio	1) Entro il 31/03/2025 2) Entro il 30/04/2025 per indicatori primo trimestre; Entro il 31/07/2025 per indicatori secondo trimestre e primo semestre; Entro il 31/10/2025 per indicatori terzo trimestre; Entro il 31/01/2026 per indicatori quarto trimestre/secondo semestre/annuali	1) ssd GoCSS / s.c. SICG 2) Tutte le strutture aziendali, ove presenti indicatori da rilevare	1) Indicatori visibili a cruscotto 2) Report indicatori
	Monitorare la corretta applicazione dei processi attraverso l'effettuazione di Safety Walk Around (SW)	1) Identificazione della struttura del Dipartimento/Area 2) Programmazione dell'esecuzione dei SW 3) Attuazione SW per le strutture sanitarie per la quale non è stato fatto nel triennio precedente.	1) Entro il 31/03/2025 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro il 31/12/2025	1) Direttore Dipartimenti Sanitari / Aree 2) ssd GoCSS e s.c. DMPO per parte ospedaliera 3) Strutture sanitarie identificate, ssd GoCSS e s.c. DMPO	1) Struttura indentifica tramite email inviata a qualita@asl.novara.it 2) Programma SW 3) Check-list SW
Audit clinico	Al fine di garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza, effettuare uno specifico audit clinico su un processo/tematica "critico". <i>La tematica aziendale per il 2025 è relativa alla terapia antibiotica</i>	1) Analisi dei principali percorsi clinici <i>anche attraverso l'analisi degli indicatori PNE se presenti e</i> identificazione dell'argomento e della Struttura 2) Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: raccolta dei dati - analisi dei dati - identificazione di eventuali azioni di miglioramenti - condivisione dei risultati con l'intera struttura.	1) Entro il 31/03/2025 2) Entro il 31/12/2025	1) Direttore Dipartimenti Sanitari / Aree, con supporto ssdu Epidemiologia per PNE 2) tutte le strutture sanitarie che hanno individuato un ambito da analizzare	1) esito analisi dei processi con indicazione argomento audit e Struttura sul cruscotto aziendale o relazione che indichi mancata necessità di audit clinici 2) Relazione su l'audit clinico condotto
		1) Definizione del GDL 2) Revisionare la procedura aziendale relativa alla Raccomandazione n. 1 relativa al corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCL	1) Formalizzazione GdL entro il 31/03/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Medicina Interna, s.c. Cardiologia, s.c. Chirurgia Generale, s.c. Nefrologia s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Oncologia, s.c. MeCAU ; s.c. DiPsa; s.c. DMPO, ssd GoCSS Capofila: ssd GoCSS	1) E-mail prima convocazione GdL 2) Procedura revisionata secondo format aziendale e caricata su cruscotto aziendale

Raccomandazioni Ministeriali	Al fine di garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza, revisionare i processi oggetto di Raccomandazioni Ministeriali e ad alto rischio	1) Definizione del GDL 2) Revisionare la procedura aziendale relativa alla Raccomandazione n. 2 relativa alla prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	1) formalizzazione GdL entro il 31/03/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. Anestesia e Rianimazione (Blocco Operatorio), s.c. DiPsa; s.c. DMPO, s.c. Ortopedia e traumatologia, s.c. Urologia, s.c. Chirurgia Generale, s.s.d. ORL, s.c. Ostetricia e Ginecologia, ssd GoCSS <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	1) E-mail prima convocazione GdL 2) Procedura revisionata secondo format aziendale e caricata su cruscotto aziendale
		1) Definizione del GDL 2) Predisporre la procedura aziendale relativa alla Raccomandazione n. 18 relativa alla prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	1) formalizzazione GdL entro il 31/03/2025 2) Entro il 31/12/2025	Tutte le strutture sanitarie del DMI, DEA, D.CHIR, DSM, s.c. SERD, Distretti, s.c. Medicina Legale, s.c. Farmacia Ospedaliera; s.c. Farmacia territoriale, s.c. SIMT-CPVE, s.c. DiPSa , s.s.d RRF, ssd Allergologia s.c. DMPO, ssd GoCSS <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	1) E-mail prima convocazione GdL 2) Procedura revisionata secondo format aziendale e caricata su cruscotto aziendale
Procedura	Definire ed uniformare le modalità operative con cui si erogano servizi, attraverso la redazione o revisione di documenti quali: procedure/istruzioni operative/regolamenti Ecc..	Revisione dalla procedura aziendale: <i>"Redazione/revisione di documenti in ASL NO"</i>	Entro il 31/12/2025	Tutte le strutture amministrative <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	Procedura revisionata secondo format aziendale caricata su cruscotto aziendale
Gestione rischio privati	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 presa visione diretta durante i sopralluoghi pianificati nel 2025	1) Entro il 31/03/2025 2) Entro il 30/06/2025 3) Entro il 20/01/2026	s.c. Medicina Legale, ssd Commissione Vigilanza	1) Nota 2) Relazione 3) Report
Check-list	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 15/01/2026	1) Strutture chirurgiche 2) s.c. DMPO	1-2) Report DMPO di monitoraggio
Autovalutazione terapia oncologica	Al fine di implementare e monitorare la Raccomandazione n. 14 per la sicurezza nella terapia oncologica, effettuare la specifica autovalutazione	Autovalutazione effettuata secondo le modalità regionali	Entro il 31/12/2025	s.c. Farmacia Ospedaliera; s.c. Oncologia	Report autovalutazione

Audit Servizi sicurezza alimentare	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”	1) Definizione del calendario degli audit interni 2) N. audit effettuati/N. audit programmati	1) Entro il 31/03/2025 2) 100%	1-2) s.c. SIAN, s.c. SIAV B, ssd SIAV C, s.c. SIAV A	1) Calendario audit 2) Report e Verbale di audit
Buone pratiche	Sviluppare e sperimentare buone pratiche di promozione della salute e/o di miglioramento della comunicazione, a partire dagli ospedali e dai servizi sanitari, in partnership con persone assistite e cittadini e/o relative alla tematica individuata dall'OMS per la giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita 2025	1) Definire una buona pratica, a livello di Dipartimento/Area, che coinvolga gli utenti 2) Redazione del format "buona pratica" AGENAS	1) almeno una per dipartimento/area entro il 31/03/2025 2) entro il 30/06/2025	1) Tutti i Dipartimenti/Aree 2) Strutture in cui si applica la buona pratica	report buone pratiche implementate a livello aziendale
Violenza operatori	Implementare misure che consentano l’eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio di aggressione sugli operatori, tenuto conto di quanto previsto dalla Legge 113/2020	1) Istituzione tavolo di lavoro aziendale 2) pianificazione attività tavolo di lavoro 3) Implementazione flusso informativo SIMES per la raccolta delle informazioni essenziali dell’evento	1) entro il 30/06/2025 2-3) entro il 31/12/2025	1-2) RSPP, ss Medico competente, s.c. AILCAT, ssd GoCSS, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DMPO, s.c. STP, s.c. DiPSa 3) RSPP, ssd GoCSS <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	1) formalizzazione GdL 2) pianificazione attività 3) Relazione/Report
ICA	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	N. di azioni realizzate / N. azioni previste dal piano aziendale ICA/AMR	Almeno 70% <i>Conteggiato a livello aziendale</i>	Tutte le strutture sanitarie aziendali per competenza <u>Capofila: s.c. DMPO</u>	Report DMPO

Appropriatezza prescrittiva	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva sia diagnostica che terapeutica attraverso: 1 individuazione e monitoraggio di obiettivi condivisi con MMG/PLS relativi a contrasto all'antibiotico resistenza (audit clinici, valutazioni puntuali, ecc); 2 definizione ed applicazione di un progetto per la valutazione sistematica dell'appropriatezza prescrittiva per le principali aree overused	1) definizione e assegnazione di specifici obiettivi sulla tematica 2a) costituzione del gruppo di lavoro 2b) redazione bozza di progetto 2c) condivisione del progetto	1) entro il 30/04/2025 2a) entro il 31/03/2025 2b) entro il 30/09/2025 3c) entro il 31/12/2025	1) ssd Cure Primarie e Specialistiche, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. Farmacia Territoriale, s.c. DMPO 2a, 2b, 2c) s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DMPO, ssd GoCSS, s.c. Radiologia, s.c. SIMT-CPVE <u>Capofila: s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS</u>	1) obiettivi definiti; 2) mail di convoca del GdL; 3) progetto 4) evidenza della condivisione
PBM	Promuovere l'implementazione del programma PBM per ottimizzare l'impiego della risorsa sangue in ospedale (meno trasfusioni, più sicurezza) attraverso la formazione del personale interessato rispetto ai percorsi clinico organizzativi volti a rendere appropriato l'uso di emocomponenti	1) Predisposizione corso di formazione che comprenda anche la tematica relativa al rischio emorragico 2) Erogazione del corso	1) Entro il 30/06/2025 3) Entro il 31/12/2025	1 -2) s.c. Anestesia e rianimazione; s.c. Ortopedia e traumatologia; s.c. Chirurgia, s.c. Urologia, s.c. Ostetricia e ginecologia, s.c. SiMT-CPVE, s.c. MeCAU, s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Farmacia Territoriale, s.c. DAN, s.c. SICG <u>Capofila: DMPO</u>	1) Locandina corso di formazione; 2) Report formati
Trauma cranico pediatrico	Al fine di uniformare il comportamento dei professionisti sanitari coinvolti nella gestione del trauma cranico nel paziente pediatrico, definire un documento in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale che illustri le modalità operative.	1) Costituzione GDL 2) Redazione bozza documento 3) Formalizzazione del documento 4) Diffusione delle modalità operative	1) entro il 31/03/2025 2) entro il 30/09/2025 3) entro il 31/10/2025 4) entro il 31/12/2025	1 -2) s.c. Pediatria, s.c. MECAU, s.c. Radiologia, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. DMPO, ssd GoCSS, s.c. NPI 3) s.c. Pediatria, s.c. DMPO 4) s.c. Pediatria, s.c. MECAU, s.c. Radiologia, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. DMPO, ssd GoCSS, s.c. NPI <u>Capofila: s.c. Pediatria</u>	1) Nota, email 2) Bozza di documento 3) Delibera documento 4) Locandina evento formativo
Applicazione LG	Monitoraggio implementazione e adeguamento linee guida pubblicate ai sensi dell'art. 5 L. 24/2017	Adeguamento a buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni pubblicate su snlg-iss, dando applicazione a quanto previsto dal cronoprogramma stilato con gli RQR-D, che prevede come prima tematica, la gestione del paziente adulto con shock settico	Almeno una procedura redatta/aggiornata entro il 31/12/2025	Strutture di degenza, s.c.Mecau, s.c. SIMT-CPVE, s.c. DMPO, s.c. DiPSa, ssd GoCSS. <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	Procedura redatta
	Raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce sinistri al fine di favorire la	relazione relativa all'adempimento del debito informativo nei termini definiti dal D.M.2009 n. 43079 e s.m.i.	entro il 15/01/2026	s.c. AILCAT	

Denunce sinistri e pubblicazioni relazioni sinistri	denunce sinistri al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e disistema	pubblicazione su sito istituzionale, da parte delle ASR, della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi ex art. 2 comma 5 L. 24/2017 e dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio ex art. 4, comma 3, L. 24/2017.	entro il 15/01/2026	s.c. AILCAT	relazione
Cartorisk blocco operatorio	Analisi a priori con riguardo ai principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie a maggior rischio ed implementazione azioni di miglioramento	Implementazione azioni di miglioramento su criticità rilevate nel percorso della persona assistita in chirurgia/blocco operatori. Azioni individuate nel 2022 non ancora concluse: 1) Regolamento blocco operatorio (rif. R7, R69, R30, R61) attraverso la: a) costituzione del gruppo di lavoro b) redazione bozza di documento c) formalizzazione del documento d) diffusione del documento 2) Corso su comunicazione in equipe (riuscire a dire "pericolo") - CRM (rif. R42 R45)	1) a) entro il 30/04/2025 b) entro il 31/12/2025 c-d) entro il 30/06/2026 2) entro il 31/12/2025	1) Strutture degenza del dipartimento chirurgico, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. DMPO, s.c. DIPSA, s.c. SICG, s.c. STP, s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Radiologia. <u>Capofila: s.c. DMPO</u> 2) Strutture degenza del dipartimento chirurgico, s.c. Ostetricia e Ginecologia, ssd GoCSS <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	1a) Nota, email 1b) Bozza Regolamento 1c) Regolamento formalizzato 1d) Locandina corso 2) Locandina corso
Cartorisk farmaco		Progetto percorso farmaco e identificazione del paziente	secondo le tempistiche regionali	s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Farmacia Territoriale, Tutti le Strutture di degenza, s.c. Oncologia, s.c. Oculistica, s.c. ORL, ssd Allergologia, ssd Diabetologia, ssd RRF, s.c. SIMT/CPVE, s.c. SERD, tutte le Struttre del DSM, ssd Consultori, s.c. NPI, s.c. STP, s.c. DIPSA, s.c. MECAU, DAS, DAN, DUN, ssd Cure Palliative/Hospice. <u>Capofila: ssd GoCSS</u>	analisi a priori (cartorisk)

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Accessi vascolari	Ridefinizione dell'organizzazione aziendale del Team per la gestione degli accessi vascolari	1) Aggiornamento dell'attuale procedura di gestione dei dispositivi di accesso vascolare in ASL NO 2) Predisposizione di appositi percorsi formativi per l'implementazione delle nuove modalità operative. 3) N. Operatori formati al posizionamento di mini-midline	1-2) Entro il 31/12/2025 3) Almeno 1 per struttura nel 2025	1) s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Medicina Interna, s.c. DiPSa, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DAN, s.c. Cardiologia, s.c. Chirurgia, s.c. Nefrologia, s.c. DMPO, s.c. Farmacia Ospedaliera , s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. Pediatria, ssd GoCSS, s.c. MeCAU, s.c. Oncologia, s.c. Ortopedia e Traumatologia, s.s.d. SPDC, s.c. SER.D., s.c. Urologia, s.c. Radiologia <u>Capofila: s.c. DiPSa</u> 2) s.s.d. GoCSS - s.c.DiPSa - s.c. Anestesia e Rianimazione. <u>Capofila: s.s.d. GoCSS</u> 3) s.c. Medicina Interna, s.c. Cardiologia, s.c. Chirurgia, s.c. Nefrologia, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.c. Pediatria, s.c. MeCAU, s.c. Oncologia, s.c. Ortopedia e Traumatologia, s.s.d. SPDC, s.c. SER.D., s.c. Urologia, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DAN. <u>Capofila: Anestesia e Rianimazione</u>	1) Modalità operative 2) Locandina corsi di formazione
Agonisti degli oppioidi	Valutazione ed eventuale implementazione di nuove formulazioni terapeutiche agonisti degli oppioidi	1) Analisi preliminare di valutazione della fattibilità 2) Implementazione di una nuova formulazione terapeutica se attuabile	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. SER.D., s.c. Farmacia Territoriale, s.c. Farmacia Ospedaliera <u>Capofila: s.c. SER.D.</u>	1) Documento 2) Report attività
AMCO	Implementazione del nuovo sistema gestionale amministrativo contabile regionale AMCO	Sistema implementato nella struttura	Entro il 31/12/2025	Ordinatori di spesa	Relazione
Antibiotico resistenza	Promozione dell'utilizzo appropriato degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza con redazione di un "Manuale di terapia empirica antibiotica a livello territoriale - ASL NO"	Definizione del documento attraverso la: 1) costituzione del gruppo di lavoro interaziendale (sottogruppo GLAS); 2) redazione bozza di documento; 3) formalizzazione del documento; 4) diffusione del documento.	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 28/02/2026 4) Entro il 31/12/2026	s.c. Farmacia Territoriale, s.c. Medicina Interna, s.c. SIMT-CPVE, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DMPO <u>Capofila: s.c. Farmacia Territoriale</u>	1) Mail, nota di istituzione 2) Documento 3) Delibera 4) Locandina corso di formazione

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Applicativi informatici	Implementazione dei nuovi sistemi operativi: - MEUI Edition - DEDA NEXT Group (nuovo Gestionale Ospedaliero); - P4C Dedalus (nuovo gestionale del Laboratorio Analisi); mediante stesura di istruzioni operative per la gestione delle situazioni ordinarie e le situazioni di malfunzionamento del Sistema Informatico Ospedaliero e di Laboratorio	1) Definire modalità organizzativa per gestione ordinaria e delle emergenze informatiche (black out) legate al nuovo gestionale Ospedaliero (MEUI Edition - DEDA NEXT Group) 2) Definire modalità organizzativa per gestione ordinaria e delle emergenze informatiche (black out) legate al nuovo gestionale del Laboratorio Analisi (P4C Dedalus)	1-2) Modalità organizzative definite insieme alla s.c. SICG e condivise con tutte le Strutture Ospedaliere; entro 31/12/2025	1) s.c. SICG, s.c. MeCAU e Strutture Ospedaliere con degenza, s.c. DMPO 2) Dipartimento Area Diagnostica e Servizi (s.c. SIMT-CPVE), s.c. SICG, s.c. DMPO <u>Capofila: s.c. DMPO</u>	1-2) Documento
Applicativi informatici s.c. GPVRU	Ampliamento ed integrazione degli applicativi informatici dei diversi Settori della s.c. GPVRU	1) Piano Fattibilità Tecnico Economico 2) Acquisizione nuovi applicativi per Settori: Rilevazione Presenze e Giuridico	1) Entro il 30/06/2025 2) Almeno un applicativo per settore entro il 31/12/2025	s.c. GPVRU, s.c. SICG, s.c. STP <u>Capofila: s.c. GPVRU</u>	1) PFTE 2) Relazione
Archivio Assistiti	Al fine di identificare, quantificare e descrivere la popolazione dei pazienti cronici e multimorbidi, creazione di un sistema di archivi per la popolazione degli assistiti dell'ASL di Novara che interconnetta nel tempo le informazioni anagrafiche e sociosanitarie a livello individuale e che permetta la valutazione di eventuali diseguaglianze legate al genere, alla residenza, all'età e al titolo di studio che abbiano un impatto sull'accesso e sulla qualità delle cure ricevute.	1) Studio di fattibilità 2) Creazione di un database di archivi anagrafici e sociosanitari a livello individuale 3) Valutazione dei dati	1) Entro il 31/12/2025 2) Entro il 31/12/2026 3) Entro il 31/12/2027	1) s.s.d.u. Epidemiologia - s.c. SICG 2) s.s.d.u. Epidemiologia - s.c. SICG, s.c. STP. 3) s.s.d.u. Epidemiologia <u>Capofila: s.s.d.u. Epidemiologia</u>	1) Relazione 2) Database 3) Report-relazione
Archivio dei fascicoli del personale cessato	Riorganizzazione archivio dei fascicoli del personale cessato dal servizio	Individuazione modalità di gestione e applicazione delle stesse	Entro il 31/12/2025	s.c. GPVRU, s.c. STP <u>Capofila: s.c. GPVRU</u>	Relazione
Armadio farmaceutico	Promuovere la cultura della qualità e la gestione del rischio clinico attraverso la corretta tenuta dell'armadio farmaceutico presente nelle strutture aziendali	1) Attività ispettiva per verificare l'applicazione dell'Istruzione operativa redatta e diffusa nel 2024 2) Condivisione dei risultati con evidenza delle criticità eventualmente riscontrate	1) Effettuata in almeno il 30% delle strutture nel 2025 2) Diffusione dei risultati entro il 31/12/2026	s.c. Farmacia Territoriale, s.c. Farmacia Ospedaliera	1) Report + verbali ispettivi 2) Verbale/mail/evento

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Audit esterno 81/08	Predisporre e coordinare il piano di miglioramento per il superamento delle non conformità individuate dagli auditor esterni relativamente alla Prevenzione e Protezione della sicurezza e tutela della salute e sicurezza dei lavoratori	1) Aggiornare il piano di miglioramento 2) Favorire l'attuazione delle azioni previste	1) Entro il 28/02/2025 2) (sembrerebbe favorire solo in questa data) 31/12/2025	SPP	1) Piano di miglioramneto caricato su cruscotto 2) Relazione
Archiviazione automatizzata AP	Predisposizione gara per “Sistema automatizzato completo di archiviazione, tracciabilità, gestione e conservazione di biocassette e vetrini cito-istologici”	1) Piano Fattibilità Tecnico Economico (PFTE) entro il 30/06/2025 2) Acquisizione del “Sistema automatizzato completo di archiviazione, tracciabilità, gestione e conservazione di biocassette e vetrini cito-istologici”	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. Anatomia Patologica, s.c. STP, s.c. SICG <u>Capofila: s.c. Anatomia Patologica</u>	1) PFTE 2) Documentazione acquisizione
CAS/GIC	Garantire l'attuazione della DGR relativa ai nuovi regolamenti CAS e GIC	Revisione e implementazione dei regolamenti	Entro il 30/06/2025	s.c. Oncologia, s.c. Anatomia Patologica, s.c. Chirurgia generale, s.s.d. ORL, s.c. Urologia, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d.Cure Palliative/Hospice/Terapia del Dolore, s.s.d. Psicologia, s.s.d. Gatroenterologia, s.c. Radiologia, s.s.d. Diabetologia, SSPA <u>Capofila: s.c. Oncologia</u>	N. 2 Regolamenti revisionati
Chirurgia robotica	Sviluppare e dare attivazione alla procedura chirurgia robotica	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale o attestazione delle competenze da parte del professionista (chirurgo e strumentisti) 2) Predisposizione/revisione delle informative 3) Avvio attività di chirurgia robotica	1) Entro il 31/12/2025 2) Entro il 31/12/2026 3) Entro il 31/12/2027	1) s.c. Chirurgia generale, s.c. Urologia, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. ORL, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.s.d. GoCSS 2) s.c. Chirurgia generale, s.c. Urologia, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. ORL, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.s.d. GoCSS, s.c. DMPO 3) Dip. Chirurgico <u>Capofila: Direttore Dipartimento Chirurgico</u>	1) Attestati formazione professionsiti, report casistica 2) Informativa 3) Report attività di Dipartimento
Chirurgia laparoscopica	Sviluppare e dare attivazione alla procedura chirurgia laparoscopica nel trattamento delle ernie inguinali	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale o attestazione delle competenze da parte del professionista (chirurgo e strumentisti) 2) Avvio della procedura chirurgica laparoscopica nel trattamento delle ernie inguinali	1-2) Entro il 31/12/2025	1) s.c. Chirurgia generale, s.s.d. GoCSS 2) s.c. Chirurgia generale <u>Capofila: s.c. Chirurgia generale</u>	1) Attestati formazione professionsiti, report casistica 2) Report attività

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Verde indocianina linfonodo sentinella	Sviluppare e dare attivazione alla metodica verde indocianina per ricerca linfonodo sentinella nella chirurgia senologica	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale o attestazione delle competenze da parte del professionista (chirurghi) 2) Avvio della metodica verde indocianina per ricerca linfonodo sentinella nella chirurgia senologica	1-2) Entro il 31/12/2025	1) s.c. Chirurgia generale, s.s.d. GoCSS 2) s.c. Chirurgia generale <u>Capofila: s.c. Chirurgia generale</u>	1) Attestati formazione professionisti, report casistica 2) Report attività
Citologia nasale	Citologia nasale nel Percorso diagnostico-terapeutico delle riniti croniche in pazienti adulti	1) Progetto 2) Avvio attività	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. Anatomia Patologica, s.s.d. Allergologia, s.s.d. ORL <u>Capofila: s.c. Anatomia Patologica</u>	1) Progetto 2) Relazione
Citologia nasale pediatrica	Consolidamento dell'attività di citologia nasale pediatrica	1) Analisi dati del progetto di citologia nasale realizzato nel 2024 2) Revisione del Progetto	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025	s.c. Anatomia Patologica, s.s.d. Allergologia, s.s.d. ORL, s.c. Pediatria <u>Capofila: s.c. Anatomia Patologica</u>	1) Relazione 2) Progetto
Analisi sedi periferiche	Al fine di promuovere l'efficientamento, effettuare una ricognizione delle attività delle sedi consultoriali e distrettuali periferiche, site in strutture non a gestione diretta dell'ASL	Analisi dei dati di attività per singola sede periferica	Entro il 30/06/2025	s.s.d. Consultori, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS	Relazione

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Contraccettivi	Implementazione del sistema di distribuzione gratuita dei contraccettivi, secondo quanto definito dal DCR 300-27935, con la distribuzione dei presidi per la contraccezione orale	Avvio del sistema di distribuzione dei presidi per la contraccezione orale	Entro il 31/12/2025	s.s.d. Consultori	Report attività
Customer satisfaction	Implementare un sistema di monitoraggio sistematico della qualità percepita del paziente in tutta l'ASL NO	1) Estensione del sistema presso le restanti sedi territoriali 2) N. di questionari rilevati nel 2025 3) Analisi dei risultati	1) Entro il 31/12/2025 2) >2024 3) Relazione entro il 31/12/2025	1) s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. PAS, s.c. PAN, s.c. NPI, s.c. SER.D., s.s.d. Consultori, s.s.d. RRF, s.c. Radiologia, s.c. Farmacia Territoriale, s.c. Anatomia Patologica, s.c. SISP, s.c. Medicina Legale, s.s.d. Cure Palliative/Hospice/Terapia del Dolore, SSPA <u>Capofila: s.s.d. GoCSS</u> 2 3) Tutte le strutture che hanno implementato il progetto nel biennio 2023-2024 ad esclusione delle strutture di cui al punto 1	1) Relazione s.s.d. GoCCS 2) Report s.s.d. GoCSS 3) Relazione delle strutture.
DACRIO-TAC	Sviluppare e dare attivazione a nuove procedure diagnostiche presso l'ASL NO ed in particolare la DACRIO-TAC, prevedendo lo specifico percorso clinico-organizzativo e la formazione preventiva del personale	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale (Chirurghi e Infermieri ORL) 2) Predisposizione informativa se necessaria 3) Avvio attività DACRIO-TAC	1-2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 30/06/2026	1) s.s.d. ORL, s.c. Oculistica, , s.s.d. GoCSS 2) s.s.d. ORL, s.s.d. GoCSS, s.c. DMPO 3) s.s.d. ORL, s.c. Radiologia <u>Capofila: s.s.d. ORL</u>	1) Progetto formativo e Report formati 2) Informativa 3) Report attività
DCA	Implementazione e diffusione ad utenti interni ed esterni delle modalità operative per la presa in carico dei pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare	1) Formalizzazione del documento 2) Diffusione del documento	1) Entro il 30/09/2025 2) Entro il 31/12/2025	1) s.c. PAN, s.c. PAS, s.s.d. Psicologia, s.c. NPI, s.c. DMPO, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. SIAN, s.c. DiPSa, s.c. Pediatria, s.c. MECAU 2) Dipartimento di Salute Mentale, s.s.d. Psicologia, s.c. NPI, s.c. DMPO, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. SIAN, s.c. DiPSa, s.c. Pediatria, s.c. MECAU, ssd GoCSS <u>Capofila: s.c. PAS</u>	1) Delibera documento 2) Progettazione evento formativo

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
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, dando inoltre applicazione al massimario di scarto ex delibera DG 315/17	1) Prosecuzione e miglioramento del processo di dematerializzazione sulla base del rendiconto dell'anno precedente 2) Definizione elenco documentazione da trasferire a archivio e/o richiesta autorizzazione allo smaltimento	1-2) Entro il 31/12/2025	1) s.c. SIAN, s.c. SIAV A, s.c. SIAV B, s.s.d. SIAV C 2) s.c. SIAN, s.c. SIAV A, s.c. SIAV B, s.s.d. SIAV C, s.s.d. PMPPV, s.s.d. Struttura Vigilanza	1) Rendicontazione 2) Report-relazione

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Disregolazione emotiva nella tarda adolescenza	Psicopatologia, personalità e disregolazione emotiva nella tarda adolescenza	1) Costituzione di un database e avvio dell'attività di raccolta 2) Valutazione dei dati 3) Modello operativo: gruppi con pazienti	1-2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 31/12/2026	s.c. PAN, s.s.d. Psicologia, s.c. NPI <u>Capofila: s.c. PAN</u>	1) Relazione 2) - 3) Report
Emergenza extra-ospedaliera	Implementare la procedura redatta nel corso del 2024 attraverso l'acquisizione delle risorse necessarie e la successiva diffusione, applicazione e monitoraggio della stessa e formazione degli addetti al primo soccorso tra il personale del comparto amministrativo	1) Acquisizione delle risorse strumentali necessarie all'implementazione della procedura 2) Diffusione delle modalità operative 3) Applicazione delle modalità operative 4) Monitoraggio del processo 5) Predisposizione del percorso formativo per gli addetti al primo soccorso 6) Operatori formati per struttura	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025 3-4) Entro il 31/12/2026 5) Entro il 30/06/2025 6) Almeno due operatori formati per struttura entro il 31/12/2026	1) s.s. Medico Competente, s.c. DMPO, s.c. STP 2) Strutture extra-ospedaliere, s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Farmacia Terriotirale, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.s.d. GoCSS 3) Strutture extra-ospedaliere 4) s.s. Medico Competente 5) s.s. Medico Competente, ssd GoCSS 6) Strutture amministrative <u>Capofila: s.s. Medico Competente</u>	1) Bolla di consegna 2-5) Evento formativo 3-4) Report indicatori 6) Report formati
Enterobatteri carbapenemi-resistenti	Validazione procedure di isolamento da contatto dei pazienti colonizzati da enterobatteri carbapenemi-resistenti	Studio di efficacia delle misure adottate	Almeno 100 pazienti studiati entro il 31/12/2025	s.c. Medicina Interna, s.c. SIMT-CPVE <u>Capofila: s.c. Medicina Interna</u>	Test in ingresso e dimissione di almeno 100 pazienti a rischio
Induzione travaglio	Al fine di uniformare il comportamento dei professionisti sanitari coinvolti nella gestione del parto, definire un documento in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale che illustri le modalità operative sulle pratiche introdotte nel 2025 per l'induzione del travaglio di parto.	1) Costituzione GDL 2) Redazione bozza documento 3) Formalizzazione del documento 4) Diffusione delle modalità operative	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 30/04/2026 4) Entro il 30/06/2026	s.c. Ostetricia e Ginecologia	1) Nota, email 2) Bozza di documento 3) Delibera documento 4) Evento formativo
k mammella	Attivare la presa in carico riabilitativa delle pazienti affette da carcinoma mammario anche in considerazione della D.G.R. n. 35-6239 16/12/2022 "Riorganizzazione dei centri di Senologia (Breast Unit)", ed in linea con quanto previsto dagli specifici PSDTA della Rete Oncologica	1) Definizione e implementazione del percorso di presa in carico 2) Avvio del percorso	1) Entro 30/09/2025 2) Entro 31/12/2025	1) s.c. Oncologia, s.s.d. RRF, s.c. Chirurgia, s.s.d. GOCSS 2) s.c. Oncologia, s.s.d. RRF, s.c. Chirurgia <u>Capofila: s.s.d. RRF</u>	1) Documento che definisca il percorso 2) Relazione attività
Laser Tullio	Sviluppare e dare attivazione alla chirurgia laser Tullio	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale o attestazione delle competenze da parte del professionista (chirurgo e strumentisti) 2) Predisposizione/revisione delle informative se necessario 3) Avvio attività	1) Entro il 31/12/2025 2) Entro il 31/12/2026 3) Entro il 31/12/2027	1) s.c. Urologia, s.s.d. GoCSS 2) s.c. Urologia, s.s.d. GoCSS, s.c. DMPO 3) s.c. Urologia <u>Capofila: s.c. Urologia</u>	1) Attestati formazione professionisti, report casistica 2) Informativa 3) Report attività

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Massimario di scarto	Revisione del manuale di gestione documentale	1) Costituzione GDL 2) Redazione bozza documento 3) Formalizzazione del documento 4) Diffusione delle modalità operative	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 30/04/2026 4) Entro il 30/06/2026	s.c. AILCAT, s.c. SICG, s.c. GPVRU, s.c. SEF, Dipartimento di Prevenzione, s.c. DMPO, s.c. DAS, s.c. DAN, s.c. DUN. <u>Capofila: s.c. AILCAT</u>	1) Nota, email 2) Bozza di documento 3) Delibera documento 4) evidenza diffusione
Metacolina	Implementazione della diagnostica dell’asma bronchiale con il test di provocazione bronchiale aspecifica con metacolina	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale o attestazione delle competenze da parte del professionista 2) Predisposizione informativa 3) Avvio attività	1-2-3) Entro il 31/12/2025	1) s.s.d. Allergologia, s.s.d. GoCSS 2) s.s.d. Allergologia, s.s.d. GoCSS, s.c. DMPO 3) s.s.d. Allergologia <u>Capofila: s.s.d. Allergologia</u>	1) Attestati formazione professionisti, report casistica 2) Informativa 3) Report attività
Metadone	Valutazione dell'impatto organizzativo a seguito di internalizzazione degli ambulatori di dispensazione di metadone sciroppo e rilevazione di eventuali criticità e conseguenti azioni di miglioramento	Documento di valutazione d'impatto organizzativo	Entro il 31/12/2025	s.c. SER.D.	Relazione
Uso del mezzo proprio	Revisione regolamento aziendale sull’uso del mezzo proprio per motivi di servizi e sul relativo rimborso chilometrico	Regolamento revisionato	Entro il 31/12/2025	s.c. GPVRU, s.c. STP <u>Capofila: s.c. GPVRU</u>	Proposta di deliberazione di adozione di revisione del Regolamento
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	s.c. SICG, s.c. SEF, s.c. STP, s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Farmacia Territoriale	Relazione
Olfattometria	Sviluppare e dare attivazione a nuove procedure diagnostiche ed in particolare effettuare studio olfattometrico (codice catalogo 89.39.4) in pazienti selezionati affetti da rinosinusite cronica, nel contesto dell'ambulatorio rinologico	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale 2) Avvio attività	1-2) Entro il 31/12/2025	s.s.d. ORL	1) Attestati formazione professionisti 2) Report attività
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, 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	Redazione/aggiornamento del Piano	Entro le tempistiche e le modalità definite a livello regionale	s.c. SISP, s.c. DMPO, s.c. SIMT-CPVE, s.c. MECAU, s.c. Medicina Interna, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. Farmacia Ospedaliera, s.c. Farmacia Territoriale, SPP, s.c. AILCAT, s.c. DAS, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DiPSa, Dipartimento di Prevenzione, s.s. Medico Competente <u>Capofila: s.c. SISP</u>	Documento

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)

Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
PSDTA Scompenso Cardiaco Cronico	Implementare l'applicazione del PSDTA regionale relativo allo scompenso cardiaco cronico (SCC), dando applicazione alla procedura che prevede la visita ad 1 mese	1) Condivisione dei criteri per l'invio dei pazienti alla visita ad 1 mese tra s.c. Cardiologia ed s.c. Medicina e s.c. DAN 2) Percentuale pazienti con diagnosi di SCC dimessi a domicilio dal Presidio Ospedaliero di Borgomanero e valutati ad 1 mese dalla dimissione	1) Entro il 30/04/2025 2) ≥80% dei pazienti inclusi nei criteri nel 2025	1-2) Territorio Distretto Area Nord, s.c. Cardiologia, s.c. Medicina Interna <u>Capofila: s.c. Cardiologia</u>	1) Relazione 2) Report annuale
Percorso Vertigini	Al fine di uniformare il comportamento dei professionisti sanitari coinvolti nella gestione del paziente con vertigini, definire un documento in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale che illustri le modalità operative	1) Costituzione GDL 2) Redazione bozza documento 3) Formalizzazione del documento 4) Diffusione delle modalità operative	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 30/04/2026 4) Entro il 30/06/2026	s.c. MECAU, s.s.d. ORL, s.c. Neurologia, s.s.d. RRF <u>Capofila: ssd ORL</u>	1) Nota, email 2) Bozza di documento 3) Delibera documento 4) Evento formativo
Personale CUP	Definizione della gestione organizzativa del CUP relativamente al personale CUP del comparto amministrativo	Progetto di riorganizzazione del personale CUP del comparto amministrativo	Entro il 31/12/2025	s.s.d. GAVDT, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS <u>Capofila: s.s.d. GAVDT</u>	Progetto
PLP-Strutture Ospedaliere	Promozione dei percorsi di prevenzione e di educazione alla salute nelle scuole che coinvolgano le strutture ospedaliere	Numero eventi di promozione della salute	Almeno 1 evento per dipartimento	Dipartimento Emergenza e Accettazione - Dipartimento chirurgico - Dipartimento di Prevenzione <u>Capofila: Dipartimento di Prevenzione</u>	Relazione nell'ambito del PLP
Presa in carico nell'area riabilitativa CSM	Riorganizzazione e applicazione di un modello di presa in carico nell'area riabilitativa nell'ambito della gestione integrata tra centro salute mentale e centro diurno	1) Costituzione GDL 2) Attivazione gruppo di lavoro 3) Definizione del modello	1) Entro il 31/03/2025 2) ≥4 incontri/anno 3) Entro il 30/12/2025	s.c. DiPSa, s.s.d. Psicologia, SSPA, s.c. PAS, s.c. PAN <u>Capofila: s.c. PAN</u>	1) Mail, nota 2) Verbale/convocazione incontri 3) Documento descrittivo del modello
Protesi di ginocchio computer guidata (PERSEUS)	Sviluppare e dare attivazione a nuove procedure chirurgiche presso l'ASL NO ed in particolare la protesi di ginocchio computer guidata (PERSEUS), prevedendo l'analisi dei rischi	1) Pianificazione e realizzazione della formazione del personale 2) Predisposizione informativa 3) Avvio attività	1-2-3) Entro il 31/12/2025	1) s.c. Ortopedia e Traumatologia, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. DiPSa, s.c. DMPO, s.s.d. GoCSS 2) s.c. Ortopedia e Traumatologia, s.c. DMPO, s.s.d. GoCSS 3) s.c. Ortopedia e Traumatologia <u>Capofila: s.c. Ortopedia e Traumatologia</u>	1) Attestati formazione professionisti 2) Informativa 3) Report attività

PIANO TRIENNALE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO - ASL NO - 2025-2026-2027 (in continuità con i Piani precedenti)					
Parola chiave	Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
PSDTA della Malattia Renale Cronica dell'Adulto	Implementazione e sensibilizzazione dei MMG relativamente al PSDTA della Malattia Renale Cronica dell'Adulto ai Medici di Medicina Generale	Incontri con i MMG	Almeno 1 incontro	s.c. Nefrologia, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS <u>Capofila: s.c. Nefrologia</u>	Verbale/evento
PSDTA regionali di area endocrino-metabolica	Partecipare alla revisione dei PSDTA regionali di area endocrino-metabolica in collaborazione con la Rete ED secondo la calendarizzazione definita dalla Rete stessa	Presenza alle riunioni calendarizzate dalla Rete Endocrinologica	≥75%	s.s.d. Diabetologia	Report partecipazione
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) Definizione del regolamento aziendale 2) Predisposizione corso di formazione per gli stakeholder	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 30/06/2026	1) s.c. SIMT-CPVE, s.c. AILCAT, s.c. DiPSa, s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, s.c. DMPO <u>Capofila: s.c. AILCAT</u> 2) s.c. SIMT-CPVE, s.s.d. GoCSS	1) Documento 2) Locandina corso di formazione
Regolamento SSPA	Al fine di promuovere l'integrazione socio sanitaria e migliorare la presa in cura del paziente definire le modalità di funzionamento del SSPA in un'ottica multiprofessionale e multidisciplinare	Definizione del Regolamento di funzionamento del SSPA attraverso la: 1) costituzione del gruppo di lavoro; 2) redazione bozza di regolamento; 3) formalizzazione del documento; 4) diffusione del regolamento.	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/09/2025 3-4) Entro il 31/12/2025	s.c. DAN, s.c. DUN, s.c. DAS, Dipartimento di Salute Mentale, s.c. NPI, s.c. DMPO, s.c. SERD, s.s.d. Consultori, s.c. Oncologia <u>Capofila: SSPA</u>	1) Nota, email 2) Bozza di documento 3) Delibera documento 4) Locandina corso di formazione
Software di Laboratorio	Implementazione del software di Laboratorio e verifica flussi informativi	Avvio di tutti i settori e integrazione con AOU Maggiore della Carità di Novara	Entro il 30/06/2025	s.c. SIMT-CPVE, s.c. SICG <u>Capofila: s.c. SIMT-CPVE</u>	Report flussi C
Tavolo salute e sicurezza	Al fine di migliorare l'integrazione e la collaborazione tra i vari portatori di interesse sulla tematica valutare la possibile attivazione di un Tavolo Salute e Sicurezza sul Lavoro (T.S.S.L.) ASL NO	Documento finalizzato all'istituzione del TSSL	Entro il 31/12/2025	s.c. SPRESAL	Studio di fattibilità/progetto/protocollo
Trattamento antitrombotico	Revisione organizzativa del Percorso ictus aziendale in linea con DGR Regionale, con particolare riguardo al Trattamento trombolitico ev secondo LG	1) Individuazione azioni correttive 2) Realizzazione delle azioni correttive 3) Door to Needle Time < 60' nello stroke ischemico acuto	1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Migliorare l'indicatore rispetto al 2024	s.c. Neurologia, s.c. Mecau, s.c. Radiologia <u>Capofila: s.c. Neurologia</u>	1, 2) Relazione 3) Report
Violenza domestica e sessuale	Al fine di uniformare il comportamento dei professionisti sanitari coinvolti nella gestione delle donne vittime di violenza domestica e sessuale, aggiornare il percorso organizzativo in essere	1) Aggiornamento GDL 2) Redazione bozza percorso 3) Formalizzazione del percorso organizzativo 4) Diffusione del percorso organizzativo	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 30/04/2026 4) Entro il 30/06/2026	s.c. MECAU, s.c. SIMT-CPVE, s.c. Ostetricia e Ginecologia, s.s.d. Consultori, SSPA, s.c. Medicina Legale, s.s.d. Psicologia, s.c. NPI, s.c. DiPSa, s.c. DMPO, s.c. Pediatria, s.c. SER.D. <u>Capofila: s.c. MECAU</u>	1) Nota, email 2) Bozza di percorso organizzativo 3) Delibera percorso organizzativo 4) Evento formativo

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF		STRUTTURA: S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE				Peso Performance organizzativa	
		DIRIGENTE: DOTT. BRUNO BACCHETTA				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Relazione AILCAT	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Garantire l'espletamento procedure di selezione e assegnazione del personale per soddisfare il PTFP	1) Redazione cronoprogramma 2) Espletamento	1) Entro il 30/04/2025 2) Entro le tempistiche previste nel cronoprogramma	1) Entro il 30/04/2025 2) 31/12/2025	Struttura firmataria	1) Cronoprogramma 2) Report quadrimestrale		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF			STRUTTURA: S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Dirigente Dott. Bruno Bacchetta	Coordinatore DM77 Dott.ssa Sonia Pratillo	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 Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Il Dirigente responsabile
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Loredana Abbate

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Il Dirigente responsabile
Dott. Bruno Bacchetta

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE					
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Laura Signorotti

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Il Dirigente responsabile
Dott. Bruno Bacchetta

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE					
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Il Dirigente responsabile
Dott. Bruno Bacchetta

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE					
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Sonia Pratillo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Il Dirigente responsabile
Dott. Bruno Bacchetta

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF		STRUTTURA: S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO				Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE: DOTT.SSA DANIELA SARASINO				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCCS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCCS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF		STRUTTURA: S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO				Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriately and Quality						Peso obiettivi Appropriately and Quality	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovation and Development						Peso obiettivi Innovation and Development	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

Coordinatore di Struttura
Fabio Diego Del Gaudio

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Programmazione dei corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS)	4) Programmazione anno successivo	4) 31/12/2025	4) Calendario	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Fabio Diego Del Gaudio

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Daniela Sarasino

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
STRUTTURE IN STAFF		STRUTTURA: 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 obiettivi Economici e Attività		
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 2025	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	20	2	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Relazione AILCAT	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Garantire la sorveglianza sanitaria, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema di sorveglianza sanitaria, come previsto dal D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale	N. operatori che hanno effettuato la visita periodica secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	31/12/2025	Struttura firmataria	Report MC			
Aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) in tutte le strutture dell'ASL NO	DVR aggiornati/DVR delle Strutture Aziendali*100	100% dei DVR aziendali rimanenti entro il 31/12/2025	31/12/2025	SPP MC	DVR aggiornati			

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
STRUTTURE IN STAFF		STRUTTURA: MEDICO COMPETENTE				Peso Performance organizzativa		
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità		
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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Dirigente Responsabile
Dott. Michele Bestagini

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Dirigente Responsabile
Dott. Michele Bestagini

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA				CODICE: 048/Mod/23/ Rev.001
STRUTTURE IN STAFF		FUNZIONE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE				Peso Performance organizzativa
		COORDINATORE: DOTT. CARMINE DEL BASSO				Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività Comparto TA
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 2025	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	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Relazione AILCAT	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	2
Aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) in tutte le strutture dell'ASL NO	DVR aggiornati/DVR delle Strutture Aziendali*100	100% dei DVR aziendali rimanenti entro il 31/12/2025	31/12/2025	SPP MC	DVR aggiornati	

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/ Rev.001
STRUTTURE IN STAFF		FUNZIONE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE				Peso Performance organizzativa
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Strutture coinvolte	Documenti attesi	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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale	

Coordinatore di Struttura
Dott. Carmine Del Basso

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Carmine Del Basso

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

STRUTTURE IN STAFF

STRUTTURA: S.S.D. SERVIZIO DI PSICOLOGIA

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT.SSA LUCIA COLOMBO

Dirigenza

Comparto
TA

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

100

100

Obiettivi Economici e Attività

Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni psicologiche presso il SERD, il DSM, la NPI e i Consulteri nell'anno in corso	≥ anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2025	Struttura firmataria	Report SPS	18	2
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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF			STRUTTURA: S.S.D. SERVIZIO DI PSICOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriately e Qualità						Peso obiettivi Appropriately 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott.ssa Lucia Colombo

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. SERVIZIO DI PSICOLOGIA					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Lucia Colombo

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF		FUNZIONE: Servizio Sociale Professionale Aziendale				Peso Performance organizzativa	
		DIRIGENTE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Relazione AILCAT	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
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	≥ allo standard regionale	28/02/2026	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE IN STAFF			FUNZIONE: Servizio Sociale Professionale Aziendale			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Responsabile di Funzione
Dott.ssa Maria Grazia Bresich

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI Servizio Sociale Professionale Aziendale					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Responsabile di Funzione
Dott.ssa Maria Grazia Bresich

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		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 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCCS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Attivare le procedure previste nel regolamento aziendale relative al recupero crediti	Attivazione delle procedure	Almeno due anni di competenza	31/12/2025	AILCAT DMPO DAN DAS DUN	Report		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCCS CPS AILCAT SANP GAVDT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO			STRUTTURA: S.C. AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE				Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE: DOTT. GIANLUCA CORONA				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		
Gestione informatizzata dal 01/07/2025 della procedura telematica per l'iscrizione Borse di studio	N° procedure ISON/N° procedure indette	100%	31/12/2025	Strutture firmataria	Report GPVRU		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO			STRUTTURA: S.C. SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Gianluca Corona

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianluca Corona

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO				Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE: DOTT.SSA SIMONA BENVENUTI				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCCS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCCS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		
Monitoraggio e reportistica del budget agli ordinatori di spesa	Rendicontazione	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 30/09/2025 3) Entro il 31/01/2026	31/12/2025	Struttura firmataria	Report		
Ai fini del miglioramento della qualità dei dati economici inseriti nel bilancio dell'Azienda, progettare uno studio di fattibilità anche coinvolgendo gli ordinatori di spesa	Studio di fattibilità	Entro il 31/10/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO			STRUTTURA: S.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott.ssa Simona Benvenuti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Simona Benvenuti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 ASI SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE				Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE: DOTT. CARLO FALETTI				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPCT aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPCT aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPCT aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCCS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Garantire il supporto tecnico all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attraverso la predisposizione tempestiva della reportistica e dei verbali	N verbali redatti/totale delle sedute O.I.V. effettuate	100%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report SICG		
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCCS CPS AILCAT SANP GAVDT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO			STRUTTURA: S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriately and Quality						Peso obiettivi Appropriately and Quality	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovation and Development						Peso obiettivi Innovation and Development	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Carlo Faletti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Carlo Faletti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA					CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE					Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE: DOTT. SILVANO BONELLI					Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa							100	100
Obiettivi Economici e Attività							Peso 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 2025	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	20	2	
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0	
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	
Rispetto delle scadenze previste per l'anno in corso per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria	Secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali/regionali	Secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali/regionali	31/12/2025	STP	Relazione trimestrale			
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.C. SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE				Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatezza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Silvano Bonelli

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Silvano Bonelli

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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 30/06/2025	31/12/2025	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 30/06/2025	31/12/2025	Documento	
Approfondimento e applicazione nuovo codice appalti DLGS 36.2023	Feedback cognitivo dell'argomento	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	Relazione	
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	31/12/2025	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 30/06/2025	31/12/2025	Documento	100
Approfondimento e applicazione nuovo codice appalti DLGS 36.2023	Feedback cognitivo dell'argomento	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	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 31/12/2025	31/12/2025	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 30/06/2025	31/12/2025	Redazione registri di manutenzione	
Redazione monitoraggi lavori di cui al PNRR e PNC	Trasmissioni documentazioni ad organi regionali/ministeriali	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	Relazione	
Rispetto delle scadenze previste per l'anno in corso per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria	Secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali/regionali	Secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali/regionali	31/12/2025	Relazione trimestrale	
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	31/12/2025	Relazione	

Responsabile di SS
Dott. Silvano Strola

Direttore di Struttura
Dott. Silvano Bonelli

SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO		STRUTTURA: S.S.D. GESTIONE E FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE A VALENZA TERRITORIALE				Peso Performance organizzativa	
		DIRETTORE FF: DOTT. CLAUDIO TERUGGI				Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso 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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPTC aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCCS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCCS CPS AILCAT SANP GAVDT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
STRUTTURE SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO			STRUTTURA: S.S.D. GESTIONE E FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE A VALENZA TERRITORIALE			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento degli azioni prevste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore FF di Struttura
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Claudio Teruggi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Peso

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

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 8 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2026	1) 31/12/2025 2) 31/01/2026	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	31/12/2025	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%	31/12/2025	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo MoiaDirettore Amministrativo
Dott.ssa Anna CeriaDirettore Sanitario
Dott. Francesco D'AloiaDirettore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: S.S.D. COMMISSIONE VIGILANZA

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

DIRETTORE: DOTT.SSA CRISTINA BONNAL

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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report CV	18	2	2
Al fine di garantire l'attività di vigilanza, dare attuazione al piano di programmazione per l'anno in corso e programmare tempestivamente l'attività per l'anno successivo	1) N. di strutture del territorio con vigilanza programmata nel 2025/Tot. delle strutture del territorio*100 2) N. di risposte a segnalazioni e istanze ricevute nel 2025/Tot. delle segnalazioni e istanze ricevute nel 2025*100 3) Definire il documento di programmazione dell'attività di vigilanza	1) ≥30% 2) ≥95% 3) Entro il 30/10/2025	1) 31/12/2025 2) 31/12/2025 3) 30/10/2025	Struttura firmataria	1) Report CV 2) Report CV 3) Documento			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Bonnal

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Referente DIPSA Area Prevenzione
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Bonnal

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura

**Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta**

**Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Bonnetta**

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. MEDICINA LEGALE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA		DIRETTORE: DOTT. GIANFRANCO ZULIAN				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report ML	18	2	2
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	≥ allo standard regionale	28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Zulian

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Referente DIPSA Area Prevenzione
Dott. Davide Bordonaro

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Zulian

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS IGIENE DELLA NUTRIZIONE					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
1. Proseguire nella modalità di visita medico legale alternativa, in forma di "Televisita" mediante videocall, per le visite domiciliari di invalidità civile e di L. 104/92	Tempo medio d’attesa le per visite domiciliari effettuate mediante televisita	Entro lo std regionale (< = 60 gg.)	31/12/2025	Report/relazione annuale	25
2. Svolgere le attività di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile – handicap – disabilità, nell’ottica di una gestione integrata ASL/INPS, attraverso visite mediche e valutazioni congiunte, con utilizzo di strumenti informatici secondo indicazione nazionale e regionale	Tempi d’attesa per visite ambulatoriali per minori che necessitano di "sostegno scolastico" e per L. 80/2006	Entro gli std normativi e regionali	31/12/2025	Relazione annuale	25
3. Proseguire nel processo di monitoraggio della congruità delle diagnosi medico legali relative i settori Ciechi Civili e Sordi Civili, al fine di garantire la qualità dell’attività svolta	Livello di errore diagnostico rilevato indirettamente mediante confronto con l’Organo di Verifica dell’INPS (totale giudizi ASL/giudizi ASL modificati da INPS)	Come il 2024	31/12/2025	Relazione annuale	25
4. Partecipare alle sedute mensili del Comitato Tecnico presso il Centro per l'impiego di Novara, per il collocamento al lavoro delle persone con disabilità.	Totale sedute/anno 2025	Almeno il 90% del totale	31/12/2025	Relazione annuale	25

Responsabile di SS
Dott.ssa Emanuela Agosta

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Zulian



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.S.D. PMPPV ED EPIDEMIOSORVEGLIANZA VETERINARIA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA		DIRETTORE: DOTT.SSA FLAVIA COPPO				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report PMPPV	18	2	2
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 PAISA	1) ≥ allo standard regionale 2) ≥ 90%	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott.ssa Flavia Coppo	Direttore di Dipartimento Dott. Edoardo Moia	Coordinatore di Struttura Dott. Paolo Ponzetto	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	Direttore Generale Dott. Angelo Penna	

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Flavia Coppo

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.S.D. 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Flavia Coppo

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.S.D. SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA		DIRETTORE: DOTT.SSA CARLOTTA SACERDOTE				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 2025	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	20	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0
Valutare la performance della raccolta dei dati PASSI per mezzo degli indicatori di processo	Produrre la reportistica relativa all'anno 2024	Entro 31/12/2024	28/02/2025	SEPI	Report trimestrale	18	2
Aggiornare pubblicazione on line "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO" al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività e gli aspetti epidemiologici	1) Aggiornare al 2025 le schede delle "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO" per quanto riguarda la demografia e la mortalità 2) Supportare gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione per l'aggiornamento al 2025 delle "Immagini di salute della popolazione e del territorio della ASL NO" al fine di evidenziare la correlazione tra i dati di attività e gli aspetti epidemiologici	Almeno una scheda "revisionata" per ciascuna struttura entro il 28/02/2026	28/02/2026	EPI, SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, PMPPV	Schede nuove o revisionate		

Obiettivi Appropriatezza 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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott.ssa Carlotta Sacerdote

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	>	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Carlotta Sacerdote

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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. EDOARDO MOIA		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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SIAN	18	2	2
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 2025, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) ≥ allo standard regionale 2) ≥ 90%	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Emanuele Ignoti

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Coordinatore di Struttura
Dott. Fausto Bovio

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Emanuele Ignoti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS IGIENE DELLA NUTRIZIONE					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Partecipare all’attuazione del Piano Locale di Prevenzione, per quanto di competenza del PL13	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP- PL13 con il supporto del gruppo di lavoro del PL13 e degli operatori del SIAN e SIAV dedicati	>90%	Entro il 31/12/2025	Rendicontazione PLP	100
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 31/12/2025	Rendicontazione PLP	
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 31/12/2025	Rendicontazione PLP	
Responsabile di SS Dott.ssa Patrizia Grossi		Direttore di Struttura Dott. Emanuele Ignoti			

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ALIMENTI					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Predisporre, in base alle indicazioni contenute nel PRISA, la programmazione e la rendicontazione SIAN nel PAISA 2025	Azioni realizzate /azioni previste nel PAISA	>90%	Entro il 31/12/2025	Rendicontazione PAISA	100
Verificare e valutare i rapporti di prova dei campioni chimici e di ricerca di residui antiparassitari negli alimenti	N° di campioni valutati/N° di campioni effettuati assegnati dal PRISA	>90%	Entro il 31/12/2025	2) Rendicontazione PAISA	
Partecipare alla gestione integrata SIAN-SIAV degli stati di allerta secondo le direttive regionali	N° notifiche gestite/N° notifiche segnalate	>90%	Entro il 31/12/2025	Aggiornamento della scheda “immagini di salute” che evidenzi la correlazione tra dati di attività (notifiche allerta SIAN/SIAV) e aspetti epidemiologici	
Responsabile di SS Dott.ssa Vittoria Secchi	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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Fausto Bovio

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Emanuele Ignoti

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. SANITA' ANIMALE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA		DIRETTORE FF: DOTT. ALBERTO BORELLA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SIAV A	18	2	2
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 2025, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) ≥ allo standard regionale 2) ≥ 90%	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore FF di Struttura
Dott. Alberto Borella

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore FF di Struttura
Dott. Alberto Borella

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore FF di Struttura
Dott. Alberto Borella

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA		DIRETTORE FF: DOTT.SSA CRISTINA VENTURA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SIAV C	18	2	2
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 2025, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) ≥ allo standard regionale 2) ≥ 90%	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Cristina Ventura

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Cristina Ventura

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Cristina Ventura



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECHNICHE

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

DIRETTORE: DOTT. LUIGI CARELLA

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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SIAV C	18	2	2
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 2025, che raggiungono lo standard atteso 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) ≥ allo standard regionale 2) ≥ 90%	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAV, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott. Luigi Carella	Direttore di Dipartimento Dott. Edoardo Moia	Coordinatore di Struttura Dott. Paolo Ponzetto	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	Direttore Generale Dott. Angelo Penna	

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECHNICHE					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Luigi Carella

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Paolo Ponzetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Luigi Carella

 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. EDOARDO MOIA		DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SISP	18	2	2
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	≥ allo standard regionale	28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, SERD, ML	Schede nuove o revisionate			

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Edoardo Moia

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Coordinatore di Struttura
Dott. Pierlorenzo Cali

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Antonella Pigazzini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Edoardo Moia

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Pierlorenzo Cali

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Edoardo Moia

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Antonella Pigazzini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Edoardo Moia



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: S.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

DIRETTORE: DOTT.SSA ROBERTA GROSSI

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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SPRESAL	18	2	2
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	≥ allo standard regionale	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Roberta Grossi

Direttore di Dipartimento
Dott. Edoardo Moia

Coordinatore di Struttura
Dott. Walter Lazzarotto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Roberta Grossi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Walter Lazzarotto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Roberta Grossi



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

STRUTTURA: S.S. UNITA' VALUTAZIONE ORGANIZZAZIONE SCREENING

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE: DOTT. EDOARDO MOIA

REFERENTE: DOTT. FEDERICO MAGGI

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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Partecipare all'attività previste dal CPO a dall'AIC3 del programma 5	Partecipazione alle riunioni	100%	31/12/2025	UVOS	Report UVOS	18	2	2
Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2025 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)	1) N° azioni effettuate dal Piano aziendale/totale azioni previste*100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	1) 28/02/2026 2) 28/02/2026	UVOS	Report UVOS			
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 28/02/2026	28/02/2026	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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Referente Dott. Federico Maggi	Direttore di Dipartimento Dott. Edoardo Moia	Referente DIPSA Area Prevenzione Dott. Davide Bordonaro	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Referente
Dott. Federico Maggi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA					CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
AREA TERRITORIALE	STRUTTURA: S.S.D. CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA						Peso Performance organizzativa	
	DIRETTORE: DOTT. GIANFRANCO MASOERO						Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa							100	100
Obiettivi Economici e Attività							Peso 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 2025	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	20	2	
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0	
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Rendicontare l'andamento della spesa CNU (Convenzioni Nazionali Uniche)	N° report prodotti/N° report attesi	Almeno uno a trimestre (dalla data della delibera)	31/12/2025	Struttura firmataria	Report			
Obiettivi Appropriattezza e Qualità							Peso obiettivi Appropriattezza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo							Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
 Dott. Gianfranco Masoero

Direttore Amministrativo
 Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
 Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
 Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.S.D. CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Masoero

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEMA 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
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività		
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 2025	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	20	2	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Attivare le procedure previste nel regolamento aziendale relative al recupero crediti	Attivazione delle procedure	Almeno due anni di competenza	31/12/2025	AILCAT DMPO DAN DAS DUN	Report			
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG			
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report 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; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS			
Consolidamento delle prese in carico domiciliari per tutti i soggetti over 65 - casa come primo luogo di cura	Secondo indicazioni Regionali	Entro il 31/12/2025	31/12/2025		Report			
Dare attuazione al modello territoriale di cui alla Del. 300/2023 Approvazione del Piano di revisione organizzativo-funzionale dell'assistenza territoriale dell'ASL NO e del relativo cronoprogramma di attuazione della DCR n. 257-25346 del 22.12.2022, ai sensi della DD Direzione Sanità e Welfare n. 887/A1400A del 19.04.2023	Secondo le indicazioni previste nella Del. 300/2023	Entro le tempistiche previste nella Del. 300/2023	31/12/2025	DAN DAS DUN DMPO CONS NPI DSM SSPA	Relazione			

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: S.C. DISTRETTO AREA NORD				Peso Performance organizzativa		
Obiettivi Appropriately and Quality						Peso obiettivi Appropriately and Quality		
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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovation and Development						Peso obiettivi Innovation and Development		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott.ssa Maria Luisa Demarchi	Coordinatore di Struttura Dott. Massimo Pregnolato	Coordinatore di Struttura Dott. Giacomo Ingoglia	Coordinatore di Struttura Dott. Barbara Greto	Coordinatore di Struttura Dott. Luigi Acquaviva	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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 corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Maria Luisa Demarchi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Massimo Pregnotato

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di 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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Giacomo Ingoglia

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di 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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLS, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Aderione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Barbara Greto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di 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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Aderione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Luigi Acquaviva

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Maria Luisa Demarchi

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
AREA TERRITORIALE	STRUTTURA: S.C. DISTRETTO AREA SUD					Peso Performance organizzativa		
	DIRETTORE: DOTT. GIANNI VALZER					Dirigenza	Comparto Sanità	Comparto TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività		
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 2025	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	20	2	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Attivare le procedure previste nel regolamento aziendale relative al recupero crediti	Attivazione delle procedure	Almeno due anni di competenza	31/12/2025	AILCAT DMPO DAN DAS DUN	Report			
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG			
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report 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; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS			
Consolidamento delle prese in carico domiciliari per tutti i soggetti over 65 - casa come primo luogo di cura	Secondo indicazioni Regionali	Entro il 31/12/2025	31/12/2025		Report			
Dare attuazione al modello territoriale di cui alla Del. 300/2023 Approvazione del Piano di revisione organizzativo-funzionale dell'assistenza territoriale dell'ASL NO e del relativo cronoprogramma di attuazione della DCR n. 257-25346 del 22.12.2022, ai sensi della DD Direzione Sanità e Welfare n. 887/A1400A del 19.04.2023	Secondo le indicazioni previste nella Del. 300/2023	Entro le tempistiche previste nella Del. 300/2023	31/12/2025	DAN DAS DUN DMPO CONS NPI DSM SSPA	Relazione			

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: S.C. DISTRETTO AREA SUD				Peso Performance organizzativa		
Obiettivi Appropriately and Quality						Peso obiettivi Appropriately and Quality		
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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovation and Development						Peso obiettivi Innovation and Development		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Gianni Valzer

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Cristina Palermo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianni Valzer

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre sintetica, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Cristina Palermo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Gianni Valzer

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 corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Masoero

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Giuseppe Caputo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Masoero

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Nicola Vacca

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Gianfranco Masoero

		SCHEDA 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 TA
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa							100	100
Obiettivi Economici e Attività							Peso 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 2025	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	20	2	
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0	
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Realizzazione di un archivio recente per la gestione della documentazione sanitaria	Predisposizione dell'archivio ed avvio dell'archiviazione	Entro 31/12/2025	Entro 31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione			
Obiettivi Appropriattezza e Qualità							Peso obiettivi Appropriattezza 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	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo							Peso 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	Nei tempi e nei modi previsti dal Piano	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Antonello Felappi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott. Antonello Felappi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

AREA TERRITORIALE

STRUTTURA: S.S.D. CURE PALLIATIVE

Peso
Performance organizzativa

SOSTITUTO DEL DIRETTORE: DOTT.SSA CRISTINA ERMANNA MINELLA

Dirigenza

Comparto
Sanità

Comparto
TA

100

100

100

Obiettivi di struttura - Performance organizzativa

Obiettivi Economici e Attività

Peso obiettivi
Economici e Attività

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 2025	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	20	2	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0	0
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale SICG	18	2	2

Obiettivi Appropriately e Qualità

Peso obiettivi
Appropriately e Qualità

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: S.S.D. CURE PALLIATIVE				Peso Performance organizzativa		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Sostituto del Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Ermanna Minella

Coordinatore di Struttura
Dott.Giuseppe Vaccino

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Sostituto del Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Ermanna Minella

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre sistematicamente, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Giuseppe Vaccino

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Sostituto del Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Ermanina Minella

 SCHEMA 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
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività		
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 2025	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	20	2	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	1) Partecipazione all'Audit 2) Individuazione del referente trasparenza e comunicazione a RPCT aziendale 3) Monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati, per parte di competenza, sul sito amministrazione trasparente	1) Entro le tempistiche definite dal RPCT aziendale 2) Entro il 30/04/2025 3) Entro le tempistiche definite dal RPCT aziendale	31/12/2025	1) Tutte le strutture aziendali 2-3) GPVRU, STP, GAVDT, GOCCS, AILCAT, SEF, SICG, DMPO, FT, FO MUSA	1) Relazione AILCAT 2) Invio mail a RPCT aziendale 3) Griglia ANAC	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Attivare le procedure previste nel regolamento aziendale relative al recupero crediti	Attivazione delle procedure	Almeno due anni di competenza	31/12/2025	AILCAT DMPO DAN DAS DUN	Report			
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	Verballi			

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
			STRUTTURA: S.C. DIREZIONE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO			Peso Performance organizzativa		
Obiettivi Appropriately and Quality						Peso obiettivi Appropriately and Quality		
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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovation and Development						Peso obiettivi Innovation and Development		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Arabella Fontana

Coordinatore di Struttura
Dott. Angelo Caponnetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Arabella Fontana

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
Aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di libera professione intramoenia con recepimento delle Linee Guida Regionali di cui alla DGR 11-8042/23 XI del 29/12/2023	Regolamento Aziendale in materia di libera professione intramoenia	Deliberazione del DG entro 03/2025	31/12/2025	Deliberazione DG di adozione del Regolamento Aziendale LP	100
Applicazione del nuovo Regolamento in ambito Aziendale: 1. modulistica aggiornata 2. elaborazione delle tabelle di riparto degli incassi nel rispetto delle indicazioni del regolamento aziendale	1) Modulistica per LP 2) Tabelle di riparto degli incassi	1) Entro 31/12/2025 2) Entro 31/12/2025	31/12/2025	Report sul sistema di riparto incassi completo di tabelle di riparto	

Responsabile di SS
Dott.ssa Lucia Paola Zanetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Arabella Fontana

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Angelo Caponnetto

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

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 8 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2026	1) 31/12/2025 2) 31/01/2026	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	31/12/2025	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%	31/12/2025	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento
Dott. Stefano Cusinato

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 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 obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.C. CARDIOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

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 Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Pierfranco Dellavesa

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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%	31/12/2025	Report	100

Responsabile di SS
Dott. Stefano Maffè

Direttore di Struttura
Dott. Pierfranco Dellavesa

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Alessandro Ferri

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Pierfranco Dellavesa

						SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA		CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.S.D. DIABETOLOGIA						Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO			DIRETTORE: DOTT.SSA CHANTAL PONZIANI						Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa								100	100	
Obiettivi Economici e Attività								Peso obiettivi Economici e Attività		
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 2025	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	20	2			
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0			
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2			
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG					
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS					

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.S.D. DIABETOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott.ssa Chantal Ponziani		Direttore di Dipartimento Dott. Stefano Cusinato		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Marinella Platini		Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Maurizia Sezzano	
				Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta			
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Chantal Ponziani

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Marinella Platini

Dirigente S.C. DIPSA
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott.ssa Chantal Ponziani

 SCHEMA 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
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo di dispositivi medici/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale FO - SICG	18	2
Consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding	Data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS	≤ 6 ore	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG		

 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	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott. Claudio Didino		Direttore di Dipartimento Dott. Stefano Cusinato		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Paola Alberganti		Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Maurizia Sezzano	
				Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta			
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Claudio Didino

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Paola Alberganti

Dirigente S.C. DIPSA
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott. Claudio Didino

 SCHEDA 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
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding	Data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS	≤ 6 ore	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale 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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	18	2

		SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA					CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. MEDICINA INTERNA					Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità							Peso obiettivi Appropriatazza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo							Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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 Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Alòia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Gianluca Airoidi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	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. 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 obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	18	2
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.C. NEFROLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriately e Qualità						Peso obiettivi Appropriately e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott. Stefano Cusinato		Direttore di Dipartimento Dott. Stefano Cusinato		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Veronique Toniolo		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Ebe Medina	
				Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Maurizia Sezzano		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Stefano Cusinato

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS EMODIALISI					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Gestione della spesa farmaceutica e dei trattamenti emodialitici a parità di produzione	Consumo di prodotti farmaceutici/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Report	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Elena Ragazzoni

Direttore di Struttura
Dott. Stefano Cusinato

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Ebe Medina

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott. Stefano Cusinato

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Veronique Toniolo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott. Stefano Cusinato

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. NEUROLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO		DIRETTORE: DOTT.SSA LAURA GODI				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.C. NEUROLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott.ssa Laura Godi		Direttore di Dipartimento Dott. Stefano Cusinato		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Romina Matella		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Veronique Toniolo	
				Coordinatore del Dipartimento/Area Dott.ssa Maurizia Sezzano		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Laura Godi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Romina Matella

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott.ssa Laura Godi

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Veronique Toniolo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott.ssa Laura Godi

 ASL SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: S.C. ONCOLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. STEFANO CUSINATO		DIRETTORE: DOTT.SSA INCORONATA ROMANIELLO				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE			STRUTTURA: S.C. ONCOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott.ssa Incoronata Romaniello		Direttore di Dipartimento Dott. Stefano Cusinato		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Patrizia Morganti		Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Maurizia Sezzano	
				Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta			
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Incoronata Romaniello

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Patrizia Morganti

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore della Struttura
Dott.ssa Incoronata Romaniello



SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

CODICE:049/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Peso

DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI

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 8 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2026	1) 31/12/2025 2) 31/01/2026	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	31/12/2025	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%	31/12/2025	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Socci

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. CHIRURGIA GENERALE				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG		
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

						SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA		CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO			STRUTTURA: S.C. CHIRURGIA GENERALE						Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità								Peso obiettivi Appropriatazza e Qualità		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72			
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale					
Obiettivi Innovazione e Sviluppo								Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24			
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale					
Direttore di Struttura Dott. Carlo Socci		Direttore di Dipartimento Dott. Carlo Socci		Coordinatore di Struttura Dott. Giuseppe Sinesi		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta				
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Carlo Socci

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Giuseppe Sinesi

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Carlo Socci

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT. CALCEDONIO CALCARA				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO			STRUTTURA: S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatelyzza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Calcedonio Calcara

Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Socci

Coordinatore Area Ospedaliera
Dott.ssa Loredana Abbate

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Calcedonio Calcara

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. OCULISTICA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT.SSA GIOVANNA VINCENZINA ABBIATI				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG		
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO			STRUTTURA: S.C. OCULISTICA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatazza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Socci

Coordinatore Area Ospedaliera
Dott.ssa Loredana Abbate

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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%	31/12/2025	Report	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Caterina Pisano

Direttore di Struttura
Dott.ssa Giovanna Vicenzina Abbiati

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT. ANDREA TOSO				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA				Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott. Andrea Toso		Direttore di Dipartimento Dott. Carlo Socci		Coordinatore di Struttura Dott. Franco Dragotta		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Andrea Toso

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Franco Dragotta

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Andrea Toso

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. UROLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE FF: DOTT. ALESSANDRO DELSIGNORE				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG		
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. UROLOGIA				Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore FF di Struttura Dott. Alessandro Delsignore		Direttore di Dipartimento Dott. Carlo Succi		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Michela Beretta		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore FF di Struttura
Dott. Alessandro Delsignore

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Michela Beretta

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Pierfranco Dellavesa

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT. DAVIDE COLOMBO				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report SICG		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA CODICE: 048/Mod/23/Rev.001							
DIPARTIMENTO CHIRURGICO			STRUTTURA: S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatazza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Direttore di Struttura Dott. Davide Colombo		Direttore di Dipartimento Dott. Carlo Socci		Coordinatore di Struttura Dott.ssa Maria Iaci		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Davide Colombo

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Maria Iaci

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Davide Colombo

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Giuseppe Grasso

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Davide Colombo

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				Peso Performance organizzativa	
DIRETTORE: DOTT. CARLO SOCCI		DIRETTORE: DOTT. MAURO PORTA				Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura - Performance organizzativa						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG		
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO			STRUTTURA: S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso obiettivi Appropriatazza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura
Dott. Mauro Porta

Direttore di Dipartimento
Dott. Carlo Socci

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Irene D'Urzo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Mauro Porta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Irene D'Urzo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Mauro Porta



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 8 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2026	1) 31/12/2025 2) 31/01/2026	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	31/12/2025	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%	31/12/2025	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: S.S.D. CONSULTORI				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA		DIRETTORE: DOTT. GIORGIO PRETTI				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
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 in corso	≥anno preredente a parità di risorse umane	31/12/2025	Struttura firmataria	Report SICG	18	2	2
Prenotazione diretta su agende ospedaliere per le visite in patologia della gravidanza	Attivazione processo della prenotazione	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	CONS GINE	Nota di attivazione			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott. Giorgio Pretti	Direttore di Dipartimento Dott. Giovanni Ruspa	Coordinatore di Struttura Dott.ssa Rita Pedroni	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Pretti

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Rita Pedroni

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Pretti

 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 2025	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	20	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adeempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report SICG		
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report SICG 2) Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

Direttore di Struttura Dott. Giovanni Ruspa	Direttore di Dipartimento Dott. Giovanni Ruspa	Coordinatore di Struttura Dott.ssa Michela Erbea	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Ruspa

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLS, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Michela Erbea

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Ruspa

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	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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni di attività indiretta nell'anno in corso	≥anno precedente a parità di risorse umane	31/12/2025	Struttura firmataria	Report NPI	18	2	2
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	Annuale	28/02/2026	NPI, DSM	Relazione			

Obiettivi Appropriately 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Renata Brigatti

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Ruspa

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Gabriella Carpanese

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE				
Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: S.C. PEDIATRIA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI RUSPA		DIRETTORE: DOTT.SSA SIMONA DE FRANCO				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2	2
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	46022	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG			
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥ 90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

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 Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Simona De Franco

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS NEONATOLOGIA					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Percorso del bambino con trauma cranico in PS pediatrico	Percorso integrato del bambino con trauma cranico che accede al DEA: allineamento con le raccomandazioni del documento “GESTIONE DEL BAMBINO CON TRAUMA CRANICO NEI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICI DEGLI OSPEDALI PIEMONTESI” sezione SIP Piemonte e Val d’Aosta	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	PDTA	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Roberta Paracchini

Direttore di Struttura
Dott.ssa Simona De Franco



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 8 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2026	1) 31/12/2025 2) 31/01/2026	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	31/12/2025	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%	31/12/2025	Schede di valutazione	30

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA 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 obiettivi Economici e Attività	
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 2025	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	20	2
Al fine di attuare e monitorare le azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027 rispettare la specifica calendarizzazione annuale in modo da assicurare il costante mantenimento dei requisiti legislativi	Partecipazione all'Audit	Entro le tempistiche definite dal RPTC aziendale	31/12/2025	Tutte le strutture aziendali	Documento AILCAT	2	0
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SICG	18	2
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG		
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 con particolare riferimento alla firma elettronica dei referti ambulatoriali	N° referti ambulatoriali firmati digitalmente/totale dei referti ambulatoriali da firmare * 100	≥90%	31/12/2025	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali (NO SERD E DSM)	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS		

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001	
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI			STRUTTURA: S.S.D. ALLERGOLOGIA			Peso Performance organizzativa	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso obiettivi Appropriattezza e Qualità	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA	40	72
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso obiettivi Innovazione e Sviluppo	
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale		

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. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report CdG	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso come previsto dal SiMiVaP (Del. 694 del 19/12/2023) 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Luigi La Rosa

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Marinella Platini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Luigi La Rosa

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: S.C. ANATOMIA PATOLOGICA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT. STEFANO VALENTINI				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG	18	2	2
Garantire l'esecuzione della refertazione degli esami istologici dello screening	N. esami refertati/N° esami pervenuti	100%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report semestrale AP			

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, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott. Stefano Valentini

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore del Dipartimento
CPSS INF Marinella Platini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Stefano Valentini

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
Predisposizione gara per “Sistema di acquisizione e analisi diagnostica di preparati citologici cervicovaginali”	Predisposizione documentazione di competenza	Documenti elaborati in bozza e consegnati agli uffici per condivisione entro 30/06/2025	31/12/2025	Capitolato in bozza e Progetto preliminare	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. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG	18	2	2
Analisi delle modalità, gestione e monitoraggio delle nuove aziende convenzionate	Beni e servizi dedicati su produzione	Trend di confronto con obiettivo Beni e servizi della struttura	31/12/2025	Struttura firmataria	Report CPVE - SICG			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott. Giovanni Camisasca	Direttore di Dipartimento Dott. Giovanni Camisasca	Coordinatore di Struttura Dott. Ciro Lucini	Coordinatore di Struttura Dott.ssa Tania Valloggia	Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Marinella Platini	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	Direttore Generale Dott. Angelo Penna			

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Camisasca

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS QUALIFICAZIONE BIOLOGICA EMOCOMPONENTI

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Gestione implementazione nuova strumentazione per qualificazione biologica sacche Piemonte Sud Orientale	Predisposizione procedure e istruzioni di lavoro relative	Documenti elaborati e indicizzati nel sistema Qualità del SIMT CPVE entro il 31/12/2025	31/12/2025	Disponibilità della procedura e delle istruzioni di lavoro	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Patrizia Rosetta

Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Camisasca

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS LABORATORIO ANALISI E URGENZE					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Avvio nuovo gestionale settore Urgenze completo e verifica flussi informativi	Settore urgenze operativo per tutti gli esami anche di seconda linea	100% degli esami configurati per settore urgenze e rendicontati	31/12/2025	Flussi C2 completo per attività di DEA	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					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Ciro Lucini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Giovanni Camisasca

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura $\geq 80\%$	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Tania Valloggia

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
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
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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Realizzazione e completamento del MUSA	Cronoprogramma di realizzazione e completamento	Tempistiche previste dal cronoprogramma di realizzazione e completamento	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Rossi

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore del Dipartimento
Dott.ssa Marinella Platini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Rossi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
Partecipare, per quanto di competenza, alla sostituzione del software di gestione della terapia protocollata (terapie oncologiche, terapia del dolore, terapie monoclonali intravitreali)	Supporto tecnico per la scelta del miglior software, per l'identificazione dei reparti che la soluzione dovrà servire e del numero di utenti totali, nonché delle integrazioni da attuare con altri software aziendali	1) Aprile 2025: conclusione valutazione dei software in commercio. 2) Agosto 2025: conclusione delle pratiche di acquisizione 3) Ottobre 2025: conclusione delle pratiche di trasferimento dei dati dal software in uso 4) Dicembre 2025: conclusione della formazione degli utenti coinvolti	31/12/2025	Relazione	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Elisa Maria Erina Albini

Direttore di Struttura
Dott.ssa Cristina Rossi

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Partecipare all'obiettivo aziendale di incremento della produzione	Consumi aziendali/produzione aziendale	≤ anno precedente	31/12/2025	DIPSA GAVDT GOCSS MC SPP SSPA AILCAT GPVRU SEF STP SICG DMPO FO FT SANP CPS DUN DAN DAS	Report SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva relativamente alle prescrizioni effettuate nel canale della farmaceutica convenzionata	Report per richiesta verifica ricette potenzialmente anomale da parte del prescrittore in supporto alla seduta della commissione 425	Controlli secondo Legge 425/96	Trimestrale	Struttura firmataria DAN DUN DAS	Report			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Elena Vighi

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore del Dipartimento
Dott.ssa Marinella Platini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Elena Vighi

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Implementazione attività secondo DPCM 12/01/20217	Documentazione a supporto delle attività implementate	Attività individuate nelle linee di indirizzo regionali in applicazione DPCM 12/01/20217	31/12/2025	Vedi indicatore	50
Monitoraggio appropriatezza DM patologie croniche	Reportistica per specialisti prescrittori	Monitoraggio aziendale sull'uso appropriato dei dispositivi medici ad elevata incidenza sulla spesa a livello territoriale per il trattamento di patologie croniche.	Quadrimestrale	Report	50

Responsabile di SS Dott.ssa Mariangela Dairaghi	Direttore di Struttura Dott.ssa Elena Vighi
--	--



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: S.C. RADIOLOGIA				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT.SSA ALESSANDRA FERRARI				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG	18	2	2
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 2025 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			
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott.ssa Alessandra Ferrari	Direttore di Dipartimento Dott. Giovanni Camisasca	Coordinatore di Struttura Dott.ssa Barbara Foschetti	Coordinatore del Dipartimento Dott.ssa Marinella Platini	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	Direttore Generale Dott. Angelo Penna		

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL DIRETTORE DI S.C. RADIOLOGIA					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Alessandra Ferrari

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS RADIOLOGIA D'URGENZA					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Gestione delpaziente politraumatizzato	Revisione protocollo	Entro il 31/12/2025	31/12/2025	Relazione/Documento	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Stefania Albertinazzi

Direttore di Struttura
Dott.ssa Alessandra Ferrari

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE DI S.C. CENTRO PRODUZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI					
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	6) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Barbara Foschetti

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Alessandra Ferrari

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: S.S.D. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE				Peso Performance organizzativa		
DIRETTORE: DOTT. GIOVANNI CAMISASCA		DIRETTORE: DOTT.SSA FABRIZIA FUSILLI				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	>	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	18	2	2
Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA	N° prestazioni PNGLA di competenza erogate nell'anno 2025	≥ al 2019	Trimestrale	Struttura firmataria	Report 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; colloquio psicologico clinico; prestazioni diagnostiche monitorate PNGLA	Percentuale di agende pubbliche sul totale NB: le agende per visite e prestazioni per la programmazione degli appuntamenti relativi ai percorsi consentiti 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	1) Prima visita: 100% 2) Prestazione diagnostica: 75%	31/12/2025	Struttura firmataria	Report Trimestrale GOCSS			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Fabrizia Fusilli

Direttore di Dipartimento
Dott. Giovanni Camisasca

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Silvia Somma

Coordinatore del Dipartimento
Dott.ssa Marinella Platini

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Fabrizia Fusilli

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	40
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	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) 31/12/2025	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 30/06/2025	4) 30/06/2025	4) Report	10
	5) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSD, PBLSD, ALS) della struttura	5) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	5) 31/12/2025	5) Report	10
	>	6) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	6) 30/06/2025	6) Relazione	10
	7) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	7) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	7) 31/12/2025	7) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Silvia Somma

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Fabrizia Fusilli

 SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA						CODICE: 048/Mod/23/Rev.001		
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		STRUTTURA: S.C. PSICHIATRIA AREA NORD				Peso Performance organizzativa		
		DIRETTORE: DOTT. GIORGIO CASTIGNOLI				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott. Giorgio Castignoli		Coordinatore Dott.ssa Mariangela Fumagalli	Coordinatore Dott.ssa Franca Rattazzi	Coordinatore di Dipartimento Dott.ssa Anna Audone	Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria	Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia	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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Castignoli

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD BORGOMANERO					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Psicopatologia, personalità e disregolazione emotiva nella tarda adolescenza	1) Costituzione di un data- base 2) Sua compilazione 3) Valutazione dei dati 4) Modello operativo: gruppi con pazienti	1) Entro il 31/12/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 31/12/2025 4) Entro il 31/12/2026	31/12/2025	a) Data-base b) Compilazione data base c) Relazione di sintesi d) Incontro formativo per tutta l'equipe	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Flavia Carla Gatti

Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Castignoli

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD ARONA					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Psicopatologia, personalità e disregolazione emotiva nella tarda adolescenza	1) Costituzione di un data- base 2) Sua compilazione 3) Valutazione dei dati 4) Modello operativo: gruppi con pazienti	1) Entro il 31/12/2025 2) Entro il 31/12/2025 3) Entro il 31/12/2025 4) Entro il 31/12/2026	31/12/2025	a) Data-base b) Compilazione data base c) Relazione di sintesi d) 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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Mariangela Fumagalli

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Franca Rattazzi

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott. Giorgio Castignoli



SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA

CODICE:
048/Mod/23/Rev.001

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

STRUTTURA: S.C. PSICHIATRIA AREA SUD

Peso
Performance organizzativa

DIRETTORE FF: DOTT.SSA BARBARA PROBO

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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	31/12/2025	Struttura firmataria	Report trimestrale SICG	18	2	2
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025	≤ valore del Budget consumato nel 2024 con rivalutazione nel mese di luglio 2025 e nel mese di ottobre 2025	Relazione su eventuali scostamenti entro le tempistiche previste	Trimestrale	STP DMPO SICG SISP ML FT GPVRU FO SERD DAN DUN DAS CPVE GOCSS CPS AILCAT SANP GADVT DSM SEF	Relazione trimestrale a cura della struttura firmataria			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

Coordinatore
Dott.ssa Paola Pizzi

Coordinatore
Dott.ssa Liliana Vassallo

Coordinatore di Dipartimento
Dott.ssa Anna Audone

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS CSM/CD TRECATE					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Riorganizzazione e applicazione di un modello di presa in carico e riabilitazione nell’ambito della gestione integrata Centro Salute Mentale/CD	Modello proposto	Quattro incontri all’anno	31/12/2025	Relazione	100

Responsabile di SS
Dott.ssa Maria Melania Maffi

Direttore di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Paola Pizzi

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Liliana Vassallo

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COORDINATORE 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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLS, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Anna Audone

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore FF di Struttura
Dott.ssa Manuela Probo

 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 FF: DOTT.SSA ROBERTA VALSESIA				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
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	31/12/2025	Struttura firmataria	1) Report trimestrale FO - SICG 2) Report trimestrale FO - SICG	18	2	2
Al fine di ridurre i tempi di degenza di ricoveri ordinari aumentare i ricoveri in DH	N° di Ricoveri in DH 2025	≥ 2024	31/12/2025	Struttura firmataria	Report SICG			

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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura Dott.ssa Roberta Valsesia		Coordinatore Dott. Sergio Spontino		Coordinatore di Dipartimento Dott.ssa Anna Audone		Dirigente DiPSa Dott. Bruno Bacchetta	
Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria		Direttore Sanitario Dott. Francesco D'Aloia		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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Roberta Valsesia

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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
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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLSd, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott. Sergio Spontino

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di Struttura
Dott.ssa Roberta Valsesia



SCHEDA 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				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 2025	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	20	2	2
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2025-2027	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2025-2027	Entro 31/12/2025	31/12/2025	Struttura firmataria	Relazione	2	0	0
Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	N° prestazioni evase/N° di prestazioni richieste	≥anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria	Report SERD	18	2	2
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	≥ allo standard regionale	28/02/2026	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 28/02/2026	28/02/2026	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV A, SIAV B, SIAV C, PMPPV, 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	28/02/2026	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
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			
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	28/02/2026	Tutte le strutture aziendali per parte di competenza	Documenti previsti dal Piano	20	24	24
Garantire in corso d'anno il costante e tempestivo monitoraggio degli obiettivi della struttura, evidenziando eventuali criticità e dando evidenza del raggiungimento delle azioni previste nei Piani, in scadenza nel periodo di riferimento	Compilazione su piattaforma aziendale del report di monitoraggio e relative attestazioni di raggiungimento	Entro le tempistiche	1) Entro il 10/03/2025 2) Entro il 09/05/2025 3) Entro il 10/07/2025 4) Entro il 10/09/2025 5) Entro il 10/11/2025	Tutte le strutture aziendali	Rendicontazione in Cruscotto aziendale			

Direttore di Struttura
Dott.ssa Sarah Vecchio

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Giliola Rozzati

Coordinatore di Dipartimento
Dott.ssa Anna Audone

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

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, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report GoCSS	30
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SiMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4a) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente/Dipendente del comparto della propria struttura con incarico (alta professionalità/funzione) degli obiettivi specifici rispetto all'incarico per l'anno in corso 4b) Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo	4a) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente/Incaricato e sottoscritta dal medesimo per accettazione entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi e caricata sul Cruscotto ASL NO 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Entro 30 giorni dalla data della delibera 4b) Entro il 31 gennaio dell'anno successivo	4a) Lettera di assegnazione 4b) Relazione dell'incaricato e valutazione del Direttore	20
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10
	7) N. incontri di Dipartimento a cui si è partecipato/totale delle riunioni di Dipartimento	7) 100%	7) 31/12/2025	7) Report Direttore di Dipartimento	10

Direttore di Struttura
Dott.ssa Sarah Vecchio

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Ceria

Direttore Sanitario
Dott. Francesco D'Aloia

Direttore Generale
Dott. Angelo Penna

OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL RESPONSABILE DI SS ALCOLOGIA					
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing	Documenti attesi	Peso
Recepimento e diffusione all'interno della SC SerD delle Linee Guida nazionali e delle linee di indirizzo in tema di trattamento del Disturbo da Uso di Alcol	Diffusione entro il 30.09.2025 a tutti gli operatori della SC Ser.D delle Linee Guida e linee di indirizzo in tema di trattamento del Disturbo da Uso di Alcol, con note esplicative circa l'applicazione di tali linee	AUDIT clinico entro il 31.12.2025 per la verifica della corretta applicazione delle Linee Guida nazionali e delle linee di indirizzo in tema di trattamento del Disturbo da Uso di Alcol nelle quattro sedi operative della SC Ser.D	31/12/2025	Lettera di diffusione a tutti gli operatori della SC Ser.D delle Linee Guida e linee di indirizzo in tema di trattamento del Disturbo da Uso di Alcol, con note esplicative circa l'applicazione di tali linee. Report sull'AUDIT clinico attuato per verificare la corretta applicazione di tali linee nelle quattro sedi operative della Struttura	100
Responsabile di SS Dott. Livio 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
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 degli operatori, il governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione, della partecipazione ai medesimi e nel rispetto delle vigenti norme contrattuali	1) Raggiungimento obiettivi annuali assegnati alla struttura	1) Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura ≥ 80%	1) 31/12/2025	1) Report CdG	50
	2) Diffusione degli obiettivi agli operatori della struttura	2) Entro 30 giorni dalla data della delibera di assegnazione degli obiettivi	2) 30/06/2025	2) Verbale o mail	10
	3) Personale afferente alla struttura valutato secondo i tempi e le modalità previste dal SIMiVaP/Totale del personale afferente alla struttura da valutare	3) 100% al 30/06/2025	3) 30/06/2025	3) Report GPVRU	10
	4) Mappatura dei nominativi da formare per i corsi di emergenza (BLS, PBLSD, ALS) della struttura	4) Mappatura e invio a qualita@asl.novara.it entro il 30/04/2025	4) 31/12/2025	4) Report	10
	5) Predisporre, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali una relazione in ordine alla programmazione della fruizione delle ferie tenuto conto anche dei residui delle ferie degli anni precedenti e delle esigenze di servizio e delle eventuali carenze di organico	5) Inserire relazione su piattaforma obiettivi entro il 30/04/2025	5) 30/06/2025	5) Relazione	10
	6) Adesione alle indicazioni contrattuali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.2014 predisponendo turnazioni di lavoro e riposo nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	6) Relazione sul rispetto delle disposizioni normative contrattuali nella predisposizione della programmazione dei turni di lavoro del personale motivando eventuali situazioni di criticità eventualmente sopravvenute	6) 31/12/2025	6) Relazione	10

Coordinatore di Struttura
Dott.ssa Giliola Rozzati

Dirigente DiPSa
Dott. Bruno Bacchetta

Direttore di 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	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. Governo clinico e sviluppo strategico	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. Redazione gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. Servizio di Psicologia	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s. Medico Competente	Garantire la sorveglianza sanitaria, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema di sorveglianza sanitaria, come previsto dal D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale
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 2025
s.c. Servizio Economico Finanziario	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Sistema Informativo e controllo di gestione	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
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 2025 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 Epidemi sorveglianza Veterinaria	Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA
s.s.d. Epidemiologia	Valutare la performance della raccolta dei dati PASSI per mezzo degli indicatori di processo

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

Strutture	Obiettivo
s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Borgomanero	Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento ai Controlli di terzo livello
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	Consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding
s.c. Medicina Interna	Consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding
s.c. Nefrologia	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Neurologia	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA
s.c. Oncologia	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA
s.s.d. Diabetologia	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA
s.c. Chirurgia Generale	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Anestesia e Rianimazione	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
s.c. Oculistica	Migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici
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	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA
s.s.d. Otorinolaringoiatria	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGLA
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	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s.d. Consultori	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate a consentire l'incremento della produzione aziendale, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.c. Anatomia e istologia patologica	Garantire l'esecuzione della refertazione degli esami istologici dello screening
s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti	Analisi delle modalità, gestione e monitoraggio delle nuove aziende convenzionate
s.c. Farmacia Ospedaliera	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025

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

Strutture	Obiettivo
s.c. Farmacia Territoriale	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. 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 2025 ex DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP
s.s.d. Allergologia	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza
s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale	Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale di competenza monitorate dal PNGA
s.c. Distretto Area Nord	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Distretto Area Sud	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Distretto Urbano Novara	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
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	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. Cure Primarie e Specialistiche	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Psichiatria Area Nord	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.c. Psichiatria Area Sud	Rispetto del budget assegnato per l'anno 2025
s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero	Al fine di ridurre i tempi di degenza di ricoveri ordinari aumentare i ricoveri in DH
s.c. SERD	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...)