



**AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA**  
**Viale Roma 7 - NOVARA**

***DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE***

***OGGETTO: ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 AI DIPARTIMENTI E ALLE  
STRUTTURE AZIENDALI - APPROVAZIONE***

***PROPONENTE: SSD GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO***

**§§§§§§§§§§**

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

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

**§§§§§§§§§§**

## IL DIRETTORE GENERALE

**RICHIAMATA** la D.G.R. 23.12.2013, n. 25-6944, che indica le linee di indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione e in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, in applicazione del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i.;

**CONSIDERATO** che la D.G.R. sopra richiamata - al punto B.3 dell'All. B, "Documenti aziendali di programmazione e verifica della performance" - prevede che ogni azienda predisponga un documento programmatico nel quale siano indicati obiettivi, indicatori e target sui quali misurare, valutare e rendicontare la performance, denominato Piano Annuale della Performance;

che per l'anno 2022 l'ASL NO ha provveduto a definire gli obiettivi, comprensivi del Piano qualità aziendale e del Programma aziendale UGR, da assegnare alle diverse strutture aziendali ed alla funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione e al Servizio Sociale Professionale Aziendale (staff della Direzione Generale), con i relativi indicatori;

**PRESO ATTO** che con deliberazione del Direttore Generale n. 198 del 24/05/19 l'ASL NO ha approvato l'Atto Aziendale, recepito con D.G.R. 53-2487 del 23/11/2019;

**DATO ATTO** che nel periodo 9 febbraio – 18 febbraio 2022 si sono svolti gli incontri con i Direttori/Responsabili per assegnare alle Strutture aziendali gli obiettivi per l'anno 2022;

che la definizione ed assegnazione del budget economico 2022 sarà determinata in seguito all'aggiornamento della programmazione economico-finanziaria 2022, richiesto dalla Regione alle ASR al fine di tenere conto dell'attuale miglioramento della situazione epidemiologica, della programmazione nazionale relativa alla campagna vaccinale e delle azioni di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali.

Per quanto concerne l'assegnazione del budget alla s.s.d. Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati, il vincolo di budget gestito dalla Struttura sarà correlato alle determinazioni regionali in materia;

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

- che la Regione Piemonte non ha ancora provveduto all'assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2022, e che pertanto gli obiettivi assegnati potranno essere oggetto di adeguamento al recepimento di tali obiettivi per l'anno 2022 declinati dalla Regione Piemonte;
- 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);

altresì 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*”;

**RITENUTO**

di attribuire gli obiettivi per l’anno 2022 ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse, alle Strutture Semplici Dipartimentali e alle funzioni, allegati al presente provvedimento, quali parte integrante e sostanziale, rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato per l’anno 2022. Tali obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;

**PRECISATO**

che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all’orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l’eventuale orario eccedente prestato nell’anno 2022 da ogni singolo dirigente, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli obiettivi e quindi remunerato nell’ambito della retribuzione di risultato;

che le ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 2009 (n. 34 ore per la Dirigenza Medica, n.39 ore per la Dirigenza Veterinaria, n. 37 ore per la Dirigenza Sanitaria e n. 37 ore per la dirigenza PTA) saranno dedicate all’obiettivo attribuito a tutte le strutture aziendali così formulato *Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell’aggiornamento del Piano pandemico aziendale*;

**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 2022 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

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

***DELIBERA***

Per tutto quanto in premessa indicato:

1. **di attribuire** per l’anno 2022 gli obiettivi alle Strutture aziendali, alla Funzione Medico Competente, al Servizio Prevenzione e Protezione e al Servizio Sociale Professionale Aziendale, come da allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale;
2. **di dare atto** che i suddetti obiettivi costituiscono documento di programmazione e verifica della performance aziendale;

3. **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 valutazione dell'efficacia del modello gestionale 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, del Direttore / Responsabile di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale;
4. **di precisare** che gli obiettivi di cui al punto 1. - la cui verifica sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione - sono rilevanti ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato e per la verifica e valutazione dei risultati di gestione e prestazionali dei direttori di Dipartimento e di struttura complessa e di struttura semplice di cui all'art. 57, comma 4, lett. a) CCNL 19/12/2019 area dirigenza Sanità e all'art. 76, comma 4 lett. a) CCNL 17/12/2020 del personale dell'area delle funzioni locali;
5. **di stabilire** che gli obiettivi ed i programmi da realizzare assegnati alle strutture aziendali possono richiedere un impegno aggiuntivo all'orario contrattuale di 38 ore settimanali del personale dirigenziale; conseguentemente l'eventuale orario eccedente prestato nell'anno 2022 da ogni singolo dirigente, ad esclusione delle ore necessarie per il servizio di pronta disponibilità e di guardia sarà ritenuto necessario per il raggiungimento degli ulteriori obiettivi e quindi remunerato nell'ambito della retribuzione di risultato;
6. **di stabilire** altresì che le ore aggiuntive collegate alla realizzazione di obiettivi prestazionali ai sensi della DGR 9-11625 del 22/6/2009 (n. 34 ore per la Dirigenza Medica, n. 39 ore per la Dirigenza Veterinaria, n. 37 ore per la Dirigenza Sanitaria e n. 37 ore per la Dirigenza PTA) saranno dedicate all'obiettivo attribuito a tutte le strutture aziendali così formulato *Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale;*
7. **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 2022 al personale della Dirigenza e del Comparto, secondo i criteri di cui ai vigenti accordi contrattuali.

**LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Angelo Penna**

§§§§§§§§§§

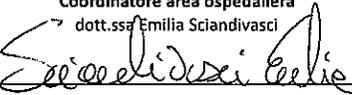
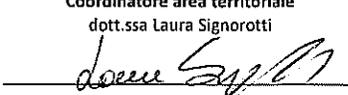
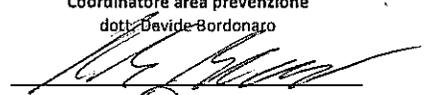
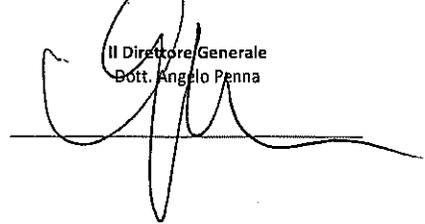
Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 4 pagine e di 3 allegati.  
Allegato 1 – Obiettivi Strutture 2022, 176 pagine  
Allegato 2 – Piano Qualità aziendale 2022, 1 pagina  
Allegato 3 – Programma aziendale UGR – Piano Gestione rischio clinico ASL NO 2022, 4 pagine

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie				Peso
						Comparto SAN
Obiettivi di struttura						100
Obiettivi Economiche/Attività						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo	3
Coordinare il gruppo di lavoro al fine di garantire l'idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SAN
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SAN
Formare gli operatori sanitari (a cominciare da RQR e CPSS) su temi strategici in modo da migliorare sia la qualità dell'assistenza, assicurando l'adozione di metodologie omogenee, di percorsi diagnostico terapeutici, di protocolli operativi condivisi tra professionisti della stessa struttura o anche di strutture e discipline differenti, sia il clima interno	Operatori formati/Totale operatori da formare*100	100%	12/31/2022	s.c. DMPO, ssd GoCSS, s.c. DiPsa	Corso di formazione e report operatori formati	2

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	STRUTTURA: s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie	Peso
		Comparto SAN

Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.  
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.  
(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

<b>Coordinatore area ospedaliera</b> dott.ssa Emilia Sciandivasci 	<b>Coordinatore area territoriale</b> dott.ssa Laura Signorotti 	<b>Coordinatore area prevenzione</b> dott. Davide Bordonaro 
<b>Il Direttore Amministrativo</b> Dott.ssa Anna Ceria 	<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott.ssa Enma Zelaschi 	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Angelo Penna 

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico/s.s. Epidemiologia				Peso		
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Partecipare alla rendicontazione dei progetti per il recupero delle liste d'attesa post covid	Rendicontazione effettuata	Entro i tempi modi previsti dalla Regione	12/31/2022	GOCSS	Report	20	3	
Garantire il supporto aziendale all'Organismo Indipendente di Valutazione	1) Calendarizzazione 2) N. verbali/ Totale Incontri 3) Gestione (upload degli obiettivi) del cruscotto aziendale	1) Calendario predisposto entro il 31/03/2022 2) 100% 3) Entro il 31/03/2022	12/31/2022	GoCSS	1) Calendario 2) Report 3) Report			
Coordinare alla redazione delle 'immagini di salute' in concerto con le strutture del Dipartimento di Prevenzione	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	GOCSS	Schede revisionate			
Promuovere le attività di formazione nell'ambito dell'ASL NO attraverso il supporto delle strutture nell'accreditamento degli eventi formativi e nella raccolta dei bisogni formativi e implementare la nuova piattaforma ECM Provider	1) Raccolta dei bisogni formativi per la predisposizione del piano formativo 2) N° iniziative di diffusione della BVS-P attuate nell'anno	1) Entro il 31/12/2022 2) Almeno due	1) 31/12/2022 2) 31/12/2022	GOCSS	1) Proposte formative raccolte 2) Attestato partecipazione al corso			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori/ esterni alla struttura 5) Partecipazione a Incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	2/28/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	3	
Predisporre e coordinare l'attivazione e lo sviluppo del Piano qualità aziendale, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	2/28/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Coordinare l'attivazione del Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	2/28/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Implementare il processo di segnalazione e gestione degli eventi avversi tramite piattaforma informatizzata	Documentare l'attività	Entro il 30/06/2022	12/31/2022	GOCSS	Report segnalazioni	10	2	

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico/s.s. Epidemiologia				Peso				
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	2/28/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mall 2) Verbale 3) Report GOCSS					

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico/s.s. Epidemiologia				Peso		
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Daniela Sarasino				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Daniela Sarasino

Il Coordinatore  
Dott. Paolo De Galudio Fazio

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Ermina Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Pavana

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: s.s.d. Psicologia Clinica				Peso	
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Lucia Colombo				Direttore	Dirigenza
Obiettivi di struttura						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità correlato	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2022	31/12/2022	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	20	20
Assicurare le attività dello Psicologo ai Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale (NPI, DMI, DSM, SERT, CDCD, Distretti, Ospedale, formazione, URE) per la realizzazione di specifici progetti	Piano annuale di attività delle risorse della SSD Psicologia con ore dedicate a specifici progetti in attivazione	Ore/psicologo dedicate a: 1. percorso paziente con DSA (autismo) 2. presa in carico del paziente adolescente e della sua famiglia 3. comunità psichiatriche 4. attività neuropsicologica per CDCD 5. paziente in Hospice 6. mediazione conflitti (Sportello ascolto) 7. SERT	31/12/2022	ssd Psicologia (in accordo con le strutture che si avvalgono dello psicologo)	Piano attività		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	0	0
Obiettivi di Appropriazione e Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GoCSS	20	20
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR		

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	STRUTTURA: s.s.d. Psicologia Clinica					Peso	
	DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Lucia Colombo					Direttore	Dirigenza

Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza
Partecipare per quanto di competenza alla stesura di uno studio di fattibilità finalizzato allo sviluppo della chirurgia metabolica per la cura dell'obesità	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	se Chirurgia - sssd Psicologia Clinica	Studio di fattibilità	10	10

Progettazione e obiettivi triennuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Lucia Colombo

*Lucia Colombo*

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

*Anna Ceria*

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

*Emma Zelaschi*

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

*Angelo Penna*

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Servizio Prevenzione e Protezione				Peso	
		RESPONSABILE: Dott. Carmine Del Basso				Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto TA	3
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo		
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2022	31/12/2022	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto TA	3
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO		
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS		
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR		
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto TA	
Predisporre la scheda di rischio ambientale ed inserirla su Medmood ai fini del completamento del percorso formativo	scheda informatizzata predisposta	entro il 31/08/2022	31/12/2022	SPP	Scheda informatizzata	2	

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	STRUTTURA: Servizio Prevenzione e Protezione					Peso	
	RESPONSABILE: Dott. Carmine Del Basso					Comparto TA	Comparto Sanità

Obiettivi specifici comparto sanità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto TA	Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCCS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	2/28/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCCS				

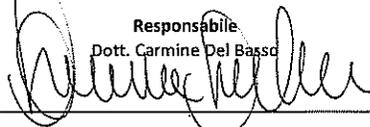
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSP	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

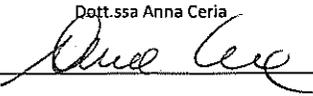
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

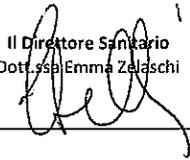
Responsabile  
Dott. Carmine Del Basso



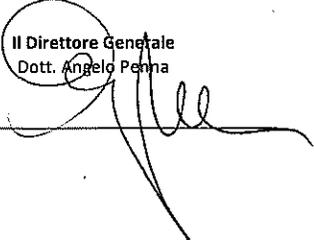
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



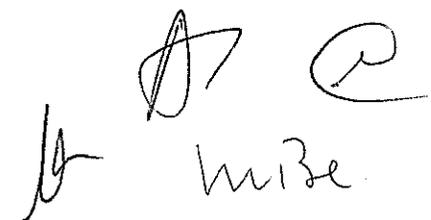
Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Funzione Medico Competente				Peso		
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Michele Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura					100	100	100	
Obiettivi Economici e Attività					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2022	31/12/2022	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro	20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			0
Obiettivi Appropriazione Obiettivi					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPD	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Garantire la realizzazione del progetto infrannuale relativo alla sorveglianza sanitaria ai sensi di legge.	1) predisposizione calendari 2) monitoraggio aderenza al calendario 3) reportistica	1/2/3) secondo tempistiche definite dall'obiettivo infrannuale	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Funzione Medico Competente	1) calendario 2/3) report	10	2	

MAI mize

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Funzione Medico Competente				Peso				
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Michele Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità		
Obiettivi/Specifici/comparto/sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	2/28/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					


  
 mibe

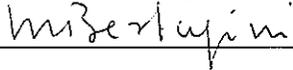
STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Funzione Medico Competente				Peso		
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Michele Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi Infra-annuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

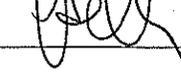
Il Dirigente responsabile  
Dott. Michele Bestagini



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE		STRUTTURA: Servizio Sociale Professionale Aziendale				Peso
		RESPONSABILE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich				Comparto SS
Obiettivi di struttura						100
Obiettivi Economici e Attività						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SS
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo	3
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SS
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR	
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SS
Attivare, secondo quanto previsto dal progetto di riorganizzazione dell'attività territoriale, la centrale operativa territoriale (COT)	Attivazione COT	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	SSPA DISTRETTI	Report attività	2

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	STRUTTURA: Servizio Sociale Professionale Aziendale	Peso
	RESPONSABILE: Dott.ssa Maria Grazia Bresich	Comparto SS

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SS
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Responsabile

Dott.ssa Maria Grazia Bresich

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale

Dott. Angelo Perina

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.s.d. Gestione e Funzioni Amministrative decentrate a valenza territoriale				Peso	
		DIRIGENTE RESPONSABILE F.F. Dott. Claudio Teruggi				Direttore	Comparto TA
Obiettivi di struttura						100	100
Obiettivi Economiche/Attività						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Aggiornamento composizione delle Commissioni di vigilanza	Predisposizione dei documenti	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	GADVT	Documenti	20	3
Partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	31/12/2022	DISTRETTI NPI DSM GADVT	Report		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 3) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) Entro il 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Verbale 3) Relazione secondo format 4) Report AILCAT		0
Obiettivi Impoverzione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Proporre l'integrazione tra gli operatori di sportello e le figure distrettuali	Redigere la proposta	Entro il 30/09/2022	31/12/2022	GADVT	Proposta	10	2



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.s.d. Gestione e Funzioni Amministrative decentrate a valenza territoriale		Peso	
	DIRIGENTE RESPONSABILE F.F. Dott. Claudio Teruggi		Direttore	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46

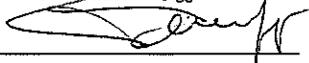
(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

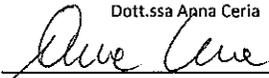
Il Dirigente responsabile F.F.

Dott. Claudio Teruggi



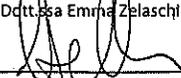
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



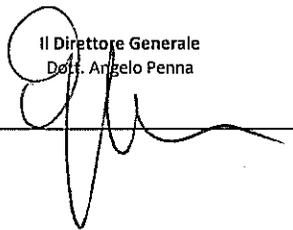
Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi

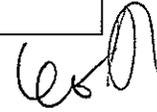


Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza				Peso	
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Teruggi				Direttore	Comparto TA
<b>Obiettivi di struttura</b>						100	100
<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						<b>Peso</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Comunicare ai Media le azioni riguardanti la pandemia	Comunicazioni tempestive istituzionali	100% necessità emergenti	31/12/2022	AILCAT	Relazione	20	3
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2022	Consumo del Budget assegnato per l'anno 2022	≤ al Budget assegnato nel 2022	31/12/2022	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione		
Sviluppo e aggiornamento del Piano Integrato Attività e Organizzazione	Secondo le tempistiche previste dal decreto legge 80 del 2021	Secondo le tempistiche previste dal decreto legge 80 del 2021	31/12/2022	AILCAT	Piano		
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						<b>Peso</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 3) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) Entro il 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Verbale 3) Relazione secondo format 4) Report AILCAT		
<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						<b>Peso</b>	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Revisionare i regolamenti di disciplina del personale dipendente	Revisione dei due regolamenti vigenti entro il 31/12/2022	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	AILCAT	Disciplinari	10	2
Messa a regime del nuovo sito aziendale	Disponibilità nuovo sito Intranet	Entro il 30/04/2022	31/12/2022	AILCAT	Relazione		
Revisionare la cartellonistica dell'area del CISST di Novara	Revisione della cartellonistica	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	AILCAT	Report		

HTP  


STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza		Peso	
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Teruggi		Direttore	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi intra-annuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

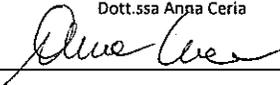
Il Direttore di struttura

Dott. Claudio Teruggi



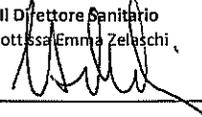
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



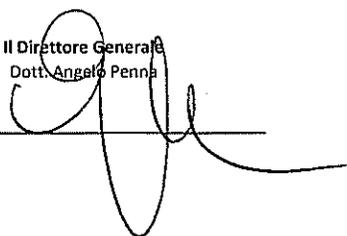
Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione				Peso		
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Luisa Cendron				Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura					100	100	100	
Obiettivi Economici e Attività					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Garantire il supporto al processo di acquisizione e attivazione di soluzione aziendale per la gestione delle televisite	1) Partecipazione al gruppo di lavoro 2) Supporto nella redazione della documentazione tecnica prevista dalla procedura di acquisizione 3) Supporto all'attivazione	1) Presenza 100% riunioni 2) secondo le tempistiche richieste dal RUP 3) Secondo cronoprogramma di progetto esecutivo	31/12/2022	STP, DMPD, Strutture sanitarie che erogano prestazioni in televisita	1) Verbali gd 2) Attestato RUP 3) Relazione	20	20	3
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2022	Consumo del Budget assegnato per l'anno 2022	≤ al Budget assegnato nel 2022	31/12/2022	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione			
Attività di formazione e supporto al personale individuato per la gestione del Punto Assistito e promozione dell'attivazione di Punto Assistito dedicati presso Strutture con gestione pazienti cronici	1) Presentazione dell'iniziativa ai Direttori/Responsabili di Struttura 2) Gestione incontri di formazione e informazione per gli operatori abilitati 3) Formazione nuovi operatori	1) Invio di comunicazione informativa e successiva organizzazione di un incontro 2) Almeno 2 incontri di formazione 3) Secondo necessità	1) e 2) Entro 30 giorni dalla disponibilità della nuova versione dell'applicativo regionale 3) 31/12/2022	SICG **AILCAT Strutture sanitarie	1) Nota Informativa e convocazione incontro 2) Verbali incontri 3) Rendicontazione interventi di formazione			
Obiettivi Appropriatozza e Qualità					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	20	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo					Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Progettazione e realizzazione del nuovo sito intranet	Disponibilità nuovo sito Intranet	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Strutture di Supporto Tecnico Amministrative GOCSS	Relazione SICG e comunicazione attivazione	10	10	2

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione		Peso		
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Luisella Cendron		Direttore	Dirigenza	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi intraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

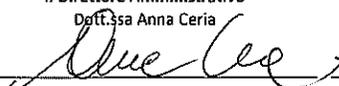
Il Direttore di struttura

Dott.ssa Luisella Cendron



Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane				Peso	
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Corona				Direttore	Comparto TA
Obiettivi di struttura						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Dare attuazione alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID19 liste d'attesa	Attivazione di procedure per il reclutamento del personale	Attruazione della soluzione più efficace nel rispetto della normativa	31/12/2022	GPVRU	Relazione DMPO	20	3
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2022	Consumo del Budget assegnato per l'anno 2022	≤ al Budget assegnato nel 2022	31/12/2022	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione		
Predisposizione bozza contratti integrative aziendali per le aree dirigenziali	Documento da presentare alle Organizzazioni sindacali	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	GPVRU	Bozza CCIA		
Revisione fabbisogno personale amministrativo per strutture	Inserimento nelle strutture previa condivisione dei criteri	Verbalì incontri con i direttori delle strutture	Rispetto tempistica regionale piano del fabbisogni	GPVRU	Verbali		
Allineamento con le tempistiche di pubblicazione atti/documenti di competenza nel rispetto della normativa sulla trasparenza amministrativa	Pubblicazione sul sito aziendale	Aggiornamento entro il 30/11/2022	31/12/2022	GPVRU	Report		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture aziendali	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 3) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) Entro il 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Verbale 3) Relazione secondo format 4) Report AILCAT		0
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Definire un nuovo modello organizzativo di attività in smart working e telelavoro	Documento predisposto in applicazione del DPCM 25/09/2021 e del DM 08/10/2021	Entro il 30/06/2022	31/12/2022	GPVRU	Documento predisposto	10	2

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.c. Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane		Peso	
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Corona		Direttore	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dai D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

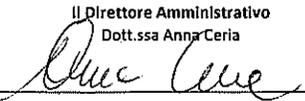
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Gianluca Corona



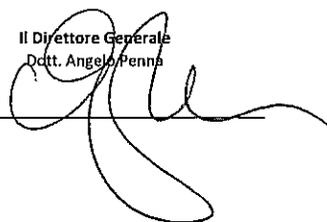
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale				Peso		
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Silvano Bonelli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Attuazione del cronoprogramma del PNRR	1) Rispetto dei regolamenti per l'acquisto di apparecchiature sanitarie 2) Rispetto dei regolamenti attuativi per l'avvio e l'esecuzione dei lavori	Secondo disposizioni attuative	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	STP	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	20	3
Rispetto del budget assegnato per l'anno 2022	Consumo del Budget assegnato per l'anno 2022	≤ al Budget assegnato nel 2022	31/12/2022	Ordinatori di spesa	Report Controllo di gestione			
Ultimizzazione del cronoprogramma previsto nel piano Arcuri	Rispetto del cronoprogramma	Secondo quanto previsto nel cronoprogramma	31/12/2022	STP	Relazione			
Obiettivi Approprietezza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20	20	3
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Trasporto del materiale biologico	Avvio della gara	Entro il 30/06/2022	31/12/2022	STP** DADES	Determina del bando di gara	10	10	2
Partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale costituito per avviare il contratto di logistica integrata per l'AICS Capofila ASL NO	N. di verbali effettuati/N. totale degli incontri*100	100% dei verbali	31/12/2022	STP	Report			

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale			Peso		
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Silvano Bonelli			Direttore	Dirigenza	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi intra-annuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

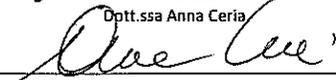
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

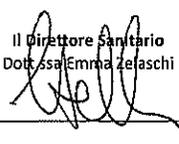
Il Direttore di struttura  
Dott. Silvano Bonelli



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE		STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario				Peso	
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Barbara Buono				Direttore	Comparto TA
Obiettivi di struttura						100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Adozione del Bilancio consuntivo 2021	Adozione del bilancio	Entro i termini fissati dalla Regione	31/12/2022	SEF	Delibera	20	3
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 3) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 4) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) Entro il 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Verbale 3) Relazione secondo format 4) Report AILCAT		
Obiettivi Appropriata Qualità						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	3
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Supportare i centri ordinatori di spesa e i fornitori per la corretta gestione dell'emissione degli ordini delle fatture nonché della liquidazione di quest'ultime ai sensi della normativa vigente in materia di NSO	1) N. 1 nota informativa inviata ai fornitori 2) N. 1 nota informativa inviate ai CO di spesa 3) N. 1 nota informativa inviate ai CO di spesa	1) Entro il 31/01/2022 2) Entro il 31/03/2022 3) Entro il 30/04/2022	31/12/2022	SEF	Relazione/report	10	2

Handwritten signature and initials, likely belonging to the Director of the structure, Dott.ssa Barbara Buono.

STRUTTURE DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVE	STRUTTURA: s.c. Servizio Economico Finanziario		Peso	
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Barbara Buono		Direttore	Comparto TA

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila; in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott.ssa Barbara Buono

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	<b>Peso</b>
<b>DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli</b>	<b>100</b>

<b>Obiettivi Economiche Attività</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

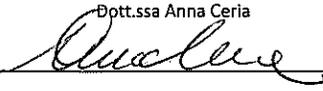
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo 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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

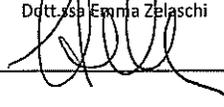
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli



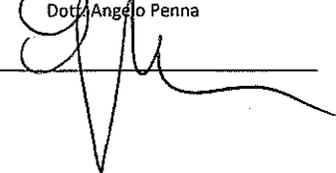
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina legale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Emanuela Agosta				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
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 PLP	≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP				
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove epidemiologiche	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Scheda revisionate e inviate alla ssd GoCSS		20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Avviare una modalità di visita medico legale alternativa, in forma di "televisita", mediante videochiamata e raccordo della Commissione medico legale con un caregiver interno di Struttura	tempo medio d'attesa per le visite domiciliari di invalidità effettuate nelle Strutture Socio-Sanitarie mediante televisita	≤ 60 gg	31/12/2022	sc Medicina Legale, SICG	Report	10	10	2	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina legale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Emanuela Agosta				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Garantire l' idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				





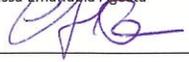
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina legale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Emanuela Agosta				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

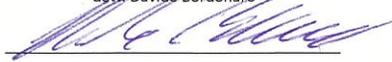
Il Direttore F.F. di struttura  
Dott.ssa Emanuela Agosta



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli



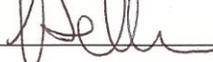
Coordinatore area prevenzione  
dott. Davide Bordonaro



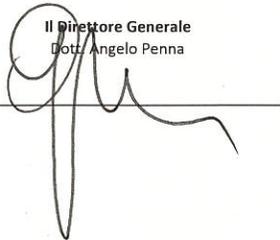
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: dott. Fabrizio Ferraris				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20	20	3	
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	0	0	0	
Obiettivi Appropriazione Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Predisporre specifico per la gestione delle inchieste relative agli infortuni procedibili di ufficio tenendo conto sia delle esigenze di giustizia penale che di prevenzione	Documento che individui i criteri di priorità di indagine condivisi con la Procura della Repubblica e strumenti di monitoraggio	Entro il 30/05/2022	31/12/2022	SPRESAL	Documento	10	10	2	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro				Peso				
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: dott. Fabrizio Ferraris				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Garantire l'idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: dott. Fabrizio Ferraris				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
dott. Fabrizio Ferraris

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Il Coordinatore della struttura  
CPSST/DP Dr. Walter Lazzarotto

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Belaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica				Paso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Edoardo Moia				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economiche Attività						Paso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP)	Azioni realizzate/azioni previste nel PLP	≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP	20	20	3	
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SISP, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS				
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT				
Obiettivo Approvazione e Qualità						Paso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivo Innovazione e Sviluppo						Paso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Implementare il sistema informativo regionale Pre.Mal. per la registrazione e gestione delle notifiche di malattia infettiva	N. di notifiche di malattie infettive inserite in Pre.Mal / N. totale notifiche soggette a registrazione in Pre.Mal	>90%	31/12/2022	SISP	Report	10	10	2	



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica				Peso				
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Edoardo Moia				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Garantire l'idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene e Sanità Pubblica				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Edoardo Moia				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Edoardo Moia

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Il Coordinatore della struttura  
Dott.ssa Rossella Pepe

Coordinatore area prevenzione  
dott. Davide Bordonaro

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cefia

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvana Pitrolo				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20	20	3	
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, LIVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	0	0	0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCCS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Avviare la sperimentazione del processo di dematerializzazione della documentazione cartacea inerente le notifiche di nuove attività, subingressi, modifica tipologie, di competenza mediante la creazione di un archivio informatizzato.	1) Studio di fattibilità 2) Numero di notifiche informatizzate/Numero di notifiche	1) Entro il 30/04/2022 2) 40% (da attivare solo se lo studio di fattibilità risulterà isorisorse)	31/12/2022	SIAN-SIAV B	Studio di fattibilità	10	10	2	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvana Pitrolo				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Garantire l' idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Servizio di igiene degli Alimenti e della Nutrizione				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Silvana Pitrolo				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

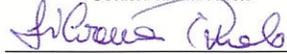
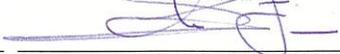
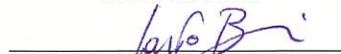
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott.ssa Silvana Pitrolo

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

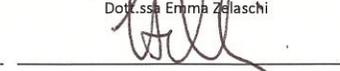
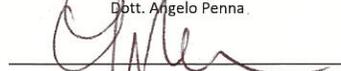
Il Coordinatore della struttura  
CPSS TdP Fausto Bovio

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemiologia veterinaria				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20	20	3	
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzia la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAV, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla ssa GoCSS				
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT				

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with a checkmark.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemiologia veterinaria				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Procedere alla informatizzazione completa di tutte le documentazioni per rilascio pareri autorizzativi strutture di detenzione animali (SIAV A), delle documentazioni relative al rilascio dei codici aziendali e per strutture di allevamento e detenzione di animali da reddito (PMPPV) e per animali d'affezione e garantire il corretto flusso informativo delle attività attraverso la corretta registrazione sugli applicativi specifici (BDN, ARVET).	1) N. documenti informatizzati/totale dei documenti 2) Verifiche avvenute corretta compilazione	1) > 90% 2) Semestrale	31/12/2022	SIAV A, PMPPV e Epidemiologia veterinaria	Relazione; report	10	10	2	

Handwritten signatures and initials, including a large 'A' and several other marks, located in the bottom right corner of the page.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemiologia veterinaria				Peso				
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Garantire l'idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'M. J.' and other initials like 'P.' and 'R.'.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Sanità Animale - s.s. PMPPV ed Epidemiologia veterinaria				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Franco Tinelli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Franco Tinelli

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Il Coordinatore della struttura  
CPSS TdP Paolo Ponzetto

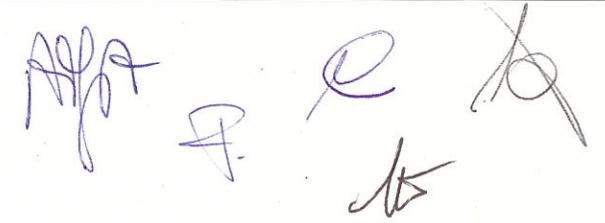
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Angela Allegra				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nei PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA				
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla sss GoCSS	20	20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Avviare la sperimentazione del processo di dematerializzazione della documentazione cartacea inerente le notifiche di nuove attività, subingressi, modifica tipologie, di competenza mediante la creazione di un archivio informatizzato.	1) Studio di fattibilità 2) Numero di notifiche informatizzate/Numero di notifiche	1) Entro il 30/04/2022 2) 40% (da attivare solo se lo studio di fattibilità risulterà isorisorse)	31/12/2022	SIAN-SIAV B	Studio di fattibilità	10	10	2	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati				Peso				
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Angela Allegra				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Garantire l' idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVOS)	Documento formalizzato				8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.c. Igiene alimenti di origine animale e loro derivati				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Angela Allegra				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott.ssa Angela Allegra



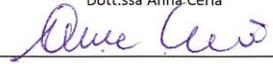
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli



Il Coordinatore della struttura  
CPSS TdP Paolo Ronzetto



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche				Paga			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Pierluigi Rattone				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi struttura						100	100	100	100
Obiettivi economici e attività						Paga			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Partecipare all'attuazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), per quanto di competenza, e del PAISA	1) Azioni realizzate/azioni previste nel PLP 2) Azioni realizzate/azioni previste nel PAISA	1) 2) ≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP/PAISA	Rendicontazione del PLP/PAISA	20	20	3	
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzii la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, SIAV A	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS				
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	0	0	0	
Obiettivi attività di assistenza e qualità						Paga			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi innovazione e sviluppo						Paga			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Al fine di prevenire l'antimicrobico resistenza animale, contenere il consumo di antibiotici nella filiera delle bovine da latte dell'ASL NO verificando i protocolli di messa in asciutta "selettiva"	1) N. allevamenti di bovini da latte compresi tra 40 e 100 capi ispezionati / N. tot. degli allevamenti bovini da latte censiti tra 40 e 100 capi 2) N. allevamenti di bovini da latte >100 capi ispezionati / N. tot. Allevamenti bovini da latte >100 capi censiti e non verificati nel 2021	1-2) ≥ 80%	1-2) 31/01/2023	SIAV C	Relazione	10	10	2	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche				Pesc				
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Pierluigi Rattone				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi di efficienza e qualità						Pesc				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCS5	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Garantire l'idoneità e la conformità dell'attività di vigilanza, attraverso la redazione di specifico documento	a) Costituzione GDL b) Redazione documento	a) Entro il 31/03/2022 b) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture del DP (escluso UVGS)	Documento formalizzato				8	
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCS5					

Handwritten signatures and initials, including a large stylized 'P' and other illegible marks, located in the bottom right corner of the page.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s.d. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche				Peso			
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Pierluigi Rattone				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPD	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott. Pierluigi Rattone

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli

Il Coordinatore della struttura  
CPSS TdP Paolo Ronzetto

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angela Penna

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening				Peso		
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Dare attuazione al Piano di attività aziendale per l'anno 2018 in attuazione della DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena") e del PRP, in modo da garantire, mediante una corretta programmazione e un costante controllo dell'attività, la copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	1) N° azioni previste dal Piano aziendale/totali azioni previste*100 2) Indicatori previsti dalla Regione	1) 100% nei tempi previsti 2) Standard prefissati dalla Regione	31/12/2021	UVOS	REPORT	20	3	
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione			
Collaborare con la SSD GoCSS, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	N° schede di immagini di salute revisionate o nuove	Almeno una scheda "revisionata" o nuova, che evidenzi la correlazione tra dati epidemiologici e attività	Entro il 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML, s.s. Alcologia	Schede revisionate e inviate alla ssd GoCSS			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening				Peso		
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	
Garantire le azioni propedeutiche all'avvio del centralino regionale subordinato all'avvio del progetto da parte del CPO	Formazione del personale	100% nei tempi stabiliti dalla Regione	31/12/2022	UVOS	Report	10	2	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			8
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

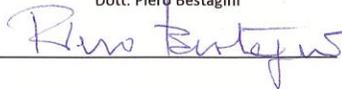
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		STRUTTURA: s.s. Unità Valutazione Organizzazione Screening				Peso		
DIRETTORE: Dott. Franco Tinelli		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Piero Bestagini				Direttore	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

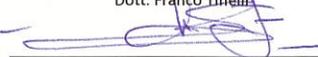
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott. Piero Bestagini



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Franco Tinelli



Coordinatore area prevenzione  
dott. Davide Bordonaro



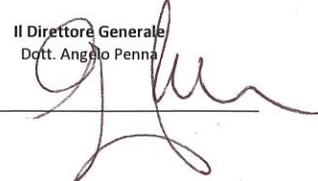
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara				Peso			
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Antonello Felappi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attivi						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione	20	20	3	
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza, ecc) presso le strutture di cure primarie (Case della Comunità ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	1) Progettare il modello organizzativo della Casa della Comunità di pertinenza territoriale 2) PDTA implementati 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	1) Entro il 31/12/2022 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale	31/12/2022	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità, RRF, NPI	1, 2) Relazione 3) Report				
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2022 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per farmaci J01 e le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti	N° incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica	Almeno un incontro a trimestre	1) 31/03/2022 2) 30/06/2022 3) 30/09/2022 4) 31/12/2022	s.c. Farmacia Territoriale, Distretti	Verbale incontro del trimestre				
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT				

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara				Peso			
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Antonello Feláppi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attivare, secondo quanto previsto dal progetto di riorganizzazione dell'attività territoriale, la centrale operativa territoriale (COT)	Attivazione COT	Secondo le tempistiche regionali	31/12/2022	DUN DAS DAN	Report attività	10	10	2	

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'Antonello Feláppi' and several other initials.

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara				Peso			
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Antonello Felappi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'Antonello Felappi' and several other initials and marks.

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Urbano Novara				Peso			
		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott. Antonello Felappi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infra-annuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\* ) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Antonello Felappi

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Barbara Re

Il Coordinatore territoriale  
CPSS INF Anna Lombardi

Il Coordinatore 116117  
CPS INF Nicola Vacca

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord				Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Bartolomeo Ficili				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
<p>Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021</p>	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione				
<p>Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza, ecc) presso le strutture di cure primarie (Case della Comunità ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018</p>	<p>1) Progettare il modello organizzativo della Casa della Comunità di pertinenza territoriale 2) PDTA Implementati 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza</p>	<p>1) Entro il 31/12/2022 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale</p>	31/12/2022	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità, RRF, NPI	1, 2) Relazione 3) Report				
<p>Al fine di contenere la spesa convenzionata 2022 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per farmaci J01 e le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti</p>	N° Incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica	Almeno un incontro a trimestre	<p>1) 31/03/2022 2) 30/06/2022 3) 30/09/2022 4) 31/12/2022</p>	s.c. Farmacia Territoriale, Distretti	Verbale incontro del trimestre	20	20	3	
<p>Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19</p>	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale				
<p>Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza</p>	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
<p>Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti</p>	<p>1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC</p>	<p>1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC</p>	<p>1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione</p>	Struttura firmataria	<p>1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT</p>		0	0	

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord				Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Bartolomeo Ficili				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attivare, secondo quanto previsto dal progetto di riorganizzazione dell'attività territoriale, la centrale operativa territoriale (COT)	Attivazione COT	Secondo le tempistiche regionali	31/12/2022	DUN DAS DAN	Report attivita'	10	10	2	

Handwritten signatures in blue and black ink, including a large blue signature at the top, several smaller blue signatures, and several black signatures at the bottom right.

STRUTTURE AREA TERRITORIALE	STRUTTURA: s.c. Distretto Area Nord						Peso			
	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Bartolomeo Ficili						Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità

Obiettivi specifici comparto sanità						Peso							
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN				
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo								
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità								8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS								

Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Bartolomeo Ficili

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Elena Parmigiani

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Pratiello Soma

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF Acquaviva Luigi

Il Coordinatore della struttura  
CPSS De Zotti Stefania

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penza

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud				Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianni Valzer				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione	20	20	3	
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza, ecc) presso le strutture di cure primarie (Case della Comunità ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-6425 del 26/01/2018	1) Progettare il modello organizzativo della Casa della Comunità di pertinenza territoriale 2) PDTA implementati 3) Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	1) Entro il 31/12/2022 2) Secondo cronoprogramma definito nel Piano Cronicità 3) Annuale	31/12/2022	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità, RRF, NPI	1, 2) Relazione 3) Report				
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2022 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per farmaci J01 e le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti	N° incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica	Almeno un incontro a trimestre	1) 31/03/2022 2) 30/06/2022 3) 30/09/2022 4) 31/12/2022	s.c. Farmacia Territoriale, Distretti	Verbale incontro del trimestre				
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT				

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud				Paso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianni Valzer				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Paso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Paso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attivare, secondo quanto previsto dal progetto di riorganizzazione dell'attività territoriale, la centrale operativa territoriale (COT)	Attivazione COT	Secondo le tempistiche regionali	31/12/2022	DUN DAS DAN	Report attività	10	10	2	

Handwritten signatures and initials, including a large signature and several smaller ones, located at the bottom right of the page.

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud				Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianni Valzer				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.c. Distretto Area Sud				Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianni Valzer				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report R5PP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Gianni Valzer

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF Rita Nastasi

Il Coordinatore della area ambulatoriale  
CPSS INF AFD Barbara Re

Il Coordinatore territoriale  
CPSS INF Anna Lombardi

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative				Peso		
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Grazioli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Obiettivi di struttura					100	100	100	100
Obiettivi economici e attività								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione medici	1) 2) 5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISF, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione			
Allmentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi; compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle cartelle in FAR SIAD entro il 20 del mese successivo al trimestre di competenza	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F 2a) N° cartelle chiuse in SIAD entro il 27 del mese successivo di competenza/totale di cartelle del mese entro il 27 2b) N° cartelle chiuse in FAR SIAD nel mese di gennaio dell'anno successivo/totale cartelle dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 28/02/2023 2a) Mensilmente 2b) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO	20	20	3
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0
Obiettivi di promozione e qualità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi innovazione e sviluppo								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA
Attivare, secondo quanto previsto dal progetto di riorganizzazione dell'attività territoriale, la centrale operativa territoriale (COT)	Attivazione COT	Secondo le tempistiche regionali	31/12/2022	DUN DAS DAN	Report attività	10	10	2

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative				Paso			
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Grazioli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi verificati al comparto sanità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo del DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno Indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

STRUTTURE AREA TERRITORIALE		STRUTTURA: s.s.d. Cure Palliative				Peso			
		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Sandra Grazioli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Preparati e obiettivi da raggiungere						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report R5PP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: In caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Sandra Grazioli

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Giuseppe Vaccino

Il Coordinatore della struttura  
CPSS De Zotti Stefania

Il Coordinatore territoriale  
CPSS INF Anna Lombardi

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero						Peso			
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Arabella Fontana						Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Scarico ed invio del flusso delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Controlli di terzo livello	1) Report relativo alla % di SDO chiuse nella tempistica corretta 2) Controlli di terzo livello effettuati	1) Report mensile 2) Secondo tempistiche e modalità definite dalla Regione	1) 2) Secondo calendario regionale	DMPO	1) Report 2) Verbali		20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO *	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Formare gli operatori sanitari (a cominciare da RQR e CPSS) su temi strategici per il processo di reingegnerizzazione dell'Ospedale in modo da migliorare sia la qualità dell'assistenza, assicurando l'adozione di metodologie omogenee, di percorsi diagnostico terapeutici, di protocolli operativi condivisi tra professionisti della stessa struttura o anche di strutture e discipline differenti, sia il clima interno	Operatori formati/Totale operatori da formare*100	100%	31/12/2022	s.c. DMPO, ssd GoCSS, s.c. DiPsa	Corso di formazione e report operatori formati	10	10	2	

		STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero			Peso			
		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Arabella Fontana			Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller initials on the right.

STRUTTURA: s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero						Peso			
DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Arabella Fontana						Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

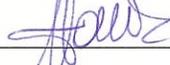
Il Direttore di struttura

Dott.ssa Arabella Fontana



Il Dirigente responsabile

Dott.ssa Lucia Paola Zanetta



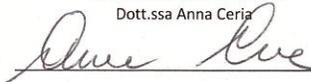
Il Coordinatore con incarico

CPSS INF. Dr. Bruno Bacchetta



Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Cerja



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Želaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Perna



**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE**
**Peso**
**DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato**
**100**
**Obiettivi Economici e Attività**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

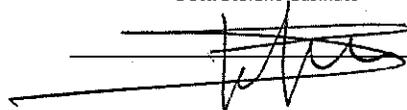
**Obiettivi Appropriatazza e Qualità**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

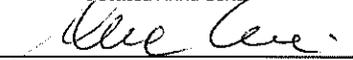
**Obiettivi Innovazione e Sviluppo**

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

 Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato



 Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



 Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



 Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Airoidi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) 100%	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2023 2) 28/02/2023	Struttura firmataria, DMPO SICG	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione SICG	20	20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Valutare l'efficacia delle procedure di isolamento da contatto dei pazienti ricoverati colonizzati da enterobatteri carbapenemi-resistenti	Impostazione dello studio	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	MED, DMPO	Relazione DMPO	10	10	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna				Peso				
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Airoidi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nei giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

Handwritten signatures and initials of the involved parties, including the Director of the Department (Stefano Cusinato), the Director of the Structure (Gianluca Airoidi), and other staff members.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina Interna				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Gianluca Airoidi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Gianluca Airoidi

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF Dr.ssa Maurizia Sezzano

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penza

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Didino				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sui consumi di dispositivi medici	Consumo di dispositivi medici/produzione	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, SICG	Report SICG			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Refertazione con firma digitale	100%	28/02/2023	Struttura firmataria SICG	Relazione SICG		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/ Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Definire la logistica e la dotazione tecnologica della nuova sezione del PS in corso di edificazione, di concerto con il Servizio Tecnico Patrimoniale	Progetto	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	MECAU DMPO STP	Progetto	10	10	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza				Peso				
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Didino				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Claudio Didino				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Claudio Didino

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Paola Alberganti

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cerja

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Godi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) 100%	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2023 2) 28/02/2023	Struttura firmataria, DMPO SICG	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione SICG		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attivazione della televisita nei pazienti inseriti in un percorso di follow up neurologico ambulatoriale	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	NEURO SICG	Studio di fattibilità	10	10	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Godi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Neurologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Laura Godi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott.ssa Laura Godi



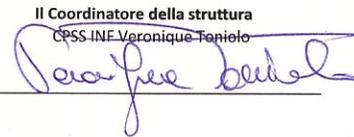
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato



Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Romina Matella



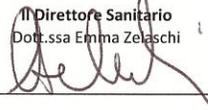
Il Coordinatore della struttura  
CPSS INE Veronique Toniolo



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Pierfranco Dellavesa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Allimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) 100%	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2022 2) 28/02/2023	Struttura firmataria, DMPO SICG	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione SICG			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Pierfranco Dellavesa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GoCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Promuovere la gestione integrata del paziente tra ospedale e territorio attraverso il controllo in remoto dei device dei pazienti in carico al reparto, di concerto con IRCCS di Veruno	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	CARDIO SICG	Studio di fattibilità	10	10	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Pierfranco Dellavesa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials are present on the page below the table. There are approximately six distinct marks, including a large signature on the right side and several smaller initials or signatures scattered below it.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Cardiologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Pierfranco Dellavesa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila, in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Pierfranco Dellavesa

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Alessandro Ferri

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Cusinato				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione medici	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) 100%	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2023 2) 28/02/2023	Struttura firmataria, DMPO SICG	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione SICG			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriata e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GOCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attivazione di programma di Televisita nei pazienti già inseriti in un percorso di follow up nefrologico domiciliare e in pazienti in Dialisi Peritoneale Domiciliare	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	NEFRO SICG	Studio di fattibilità	10	10	

Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page, including a large signature at the top right and several smaller initials below it.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Cusinato				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
							Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Nefrologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Cusinato				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
						Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Stefano Cusinato

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF Veronique Toniolo

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Daniela Zanetta

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelasthi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Davide Colombo				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Allimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento a: 1) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 2) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 1b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 2) Refertazione con firma digitale	1a) 95% 1b) 100% 2) 100%	1a) Mensilmente 1b) 31/01/2023 2) 28/02/2023	Struttura firmataria, DMPO SICG	1a) 1b) Report DMPO 2) Relazione SICG		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attivazione di un servizio di broncoscopia di urgenza ed elezione	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	RIA	Studio di fattibilità	10	10	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Davide Colombo				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità							Peso	
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE		STRUTTURA: s.c. Anestesia e Rianimazione				Peso		
DIRETTORE: Dott. Stefano Cusinato		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Davide Colombo				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Davide Colombo

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Stefano Cusinato

Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF AFD Loredana Abbate

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Maria Iaci

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

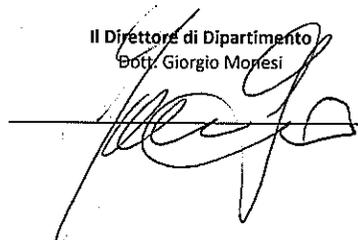
<b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>						<b>Peso</b>
<b>DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi</b>						<b>100</b>

<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



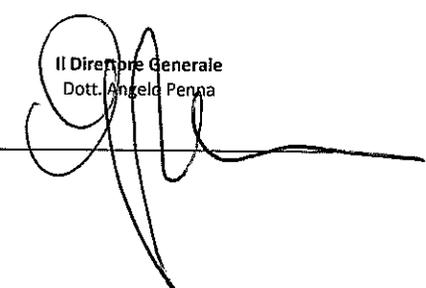
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Carlo Socci				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) S anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C, SISP, UVOS, DSM, UOCP, CHIR	Relazione		20	
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG	20		
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Carlo Socci				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Predisporre uno studio di fattibilità finalizzato allo sviluppo della chirurgia metabolica per la cura dell'obesità	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	sc Chirurgia - ssd Psicologia Clinica	Studio di fattibilità	10	10	


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Carlo Socci				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Chirurgia Generale				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Carlo Socci				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dai D.lgs 81/08. rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura

Dott. Carlo Socci



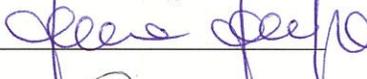
Il Direttore di Dipartimento

Dott. Giorgio Monesi



Il Coordinatore della struttura

CPS INF Giuseppe Sinesi



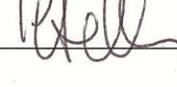
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



Handwritten initials 'CS' and 'G' in blue ink.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oncologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Inconronata Romaniello				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione medici	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report ALLCAT		0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCCS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Introduzione del progetto "IL CAS A PORTATA DI MANO" con utilizzo della APP nella pratica clinica quotidiana con gestione della programmazione esami e per il follow up per i pazienti seguiti al CAS	Progetto di fattibilità	entro il 31/12/2022	31/12/2022	SC ONCOLOGIA	Progetto	10	10	

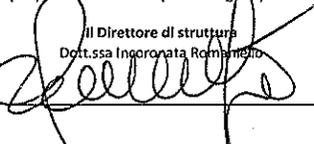
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oncologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Incoronata Romaniello				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oncologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Incoronata Romaniello				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

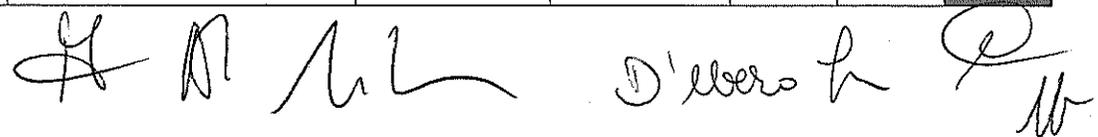
(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

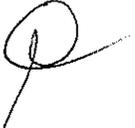
(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

<p>Il Direttore di struttura Dott.ssa Incoronata Romaniello</p> 	<p>Il Direttore di Dipartimento Dott. Giorgio Monesi</p> 	<p>Il Coordinatore della struttura CPS INF Patrizia Morganti</p> 
<p>Il Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Ceria</p> 	<p>Il Direttore Sanitario Dott.ssa Emma Zelaschi</p> 	<p>Il Direttore Generale Dott. Angelo Penna</p> 

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Proseguire del processo di innovazione delle modalità di fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, al fine di garantire uniformità ed equità su tutto il territorio aziendale della fornitura di farmaci e ausili si prosegue con l'informatizzazione delle prescrizioni sia attraverso i portali regionali che aziendali coinvolgendo anche i prescrittori dell'AOU	Numero di prescrizioni effettuate tramite PROTES/totale prescrizioni effettuabili su PROTES	40%	31/12/2022	FT RRF TRAUMA ORL NPI	Report Farmacia Territoriale			
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG	20	20	
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/totale delle fratture da operare	> 70%	31/12/2022	Struttura firmataria, SICG	Report GoCSS			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report ALLCAT		0	

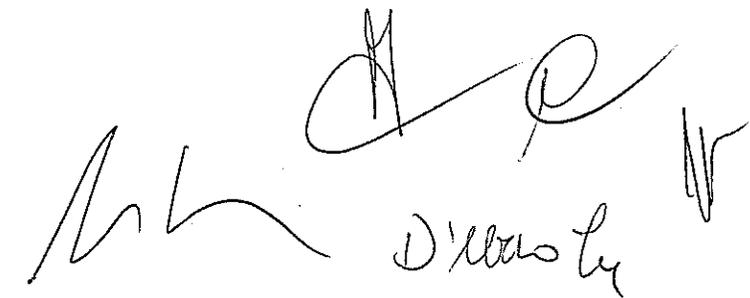


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Introdurre un nuovo approccio chirurgico con valutazione HTA	Numero di casi trattati con nuovo approccio chirurgico	Almeno 20 casi trattati	31/12/2022	TRAUMA DMPO	Relazione DMPO	10	10	




DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi		Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Ortopedia e traumatologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Mauro Porta				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Mauro Porta

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Irene D'Urzo

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cerja

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Imma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'AB' followed by a flourish, and other smaller initials.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Sviluppare la procedura della biopsia prostatica fusion per migliorare il D.R del carcinoma prostatico	Numero di procedure prostatiche fusion/totale di procedure prostatiche	100%	31/12/2022	UROL	Relazione	10	10	


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Urologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Monesi				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Giorgio Monesi

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Michela Beretta

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Giovanna Abbiati				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the right and several smaller ones below it.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Giovanna Abbiati				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Utilizzo del flusso laminare (Operio) per l'esecuzione dei trattamenti intravitreali in un ambiente dedicato esterno alla sala operatoria.	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	OCU DMPO	Progetto	10	10	

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left, initials 'BG' in the center, and several other signatures on the right.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Giovanna Abbiati				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature on the left, a signature starting with 'BG' in the middle, and several other initials and signatures on the right and bottom.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.c. Oculistica				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Giovanna Abbiati				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore F.F. di struttura  
Dott.ssa Giovanna Abbiati

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi

Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Barbara Greto

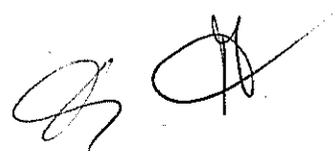
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelacchi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Roberto Tari				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. Incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Roberto Tari				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nel Programmi ICA	Relazione DMPD	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Definizione di criteri condivisi con ADU Maggiore per la gestione dei pazienti con ittero ostruttivo	Definizione criteri	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	GASTRO DMPD	Documento	10	10	
Documento che definisca le modalità di gestione del paziente con emorragia del tratto gastroenterico	Documento predisposto	Entro il 31/05/2022	31/12/2022	GASTRO MECAU	Documento			


DIPARTIMENTO CHIRURGICO		.STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Roberto Tari				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCCS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità	8		
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCCS			

Handwritten signatures and initials, including a large signature at the top right, initials 'AC' in the middle, and several other initials and marks at the bottom right.

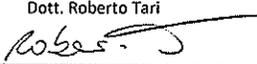
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Roberto Tari				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

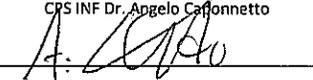
Il Referente  
Dott. Roberto Tari



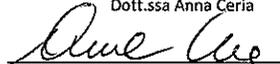
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giorgio Monesi



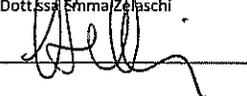
Il Coordinatore della struttura  
CPS INF Dr. Angelo Caflonnetto



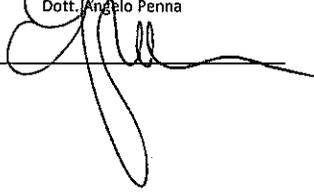
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



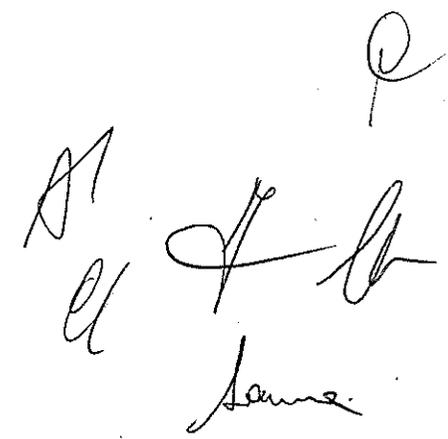
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità	
Obiettivi di struttura						100	100	100	
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza		
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale				
Prosecuzione del processo di innovazione delle modalità di fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, al fine di garantire uniformità ed equità su tutto il territorio aziendale della fornitura di farmaci e ausili si prosegue con l'informatizzazione delle prescrizioni sia attraverso i portali regionali che aziendali coinvolgendo anche i prescrittori dell'ADU	Numero di prescrizioni effettuate tramite PROTES/totale prescrizioni effettuabili su PROTES	40%	31/12/2022	FT RRF TRAUMA ORL NPI	Report Farmacia Territoriale				20
Dare attuazione al Piano Cronicità in modo da garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, SCC, diabete, demenza) presso le strutture di cure primarie (Case di Comunità, ambulatori cronicità), anche attraverso la partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la s.s.d. GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	31/12/2022	Distretti, tutte le strutture coinvolte nel Piano cronicità, GAVDT	1, 2) Relazione 3) Report				20
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT				0

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'Savoini' and other initials like 'D', 'E', and 'G'.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Revisione del percorso di valutazione e certificazione del paziente con DSA dell'età evolutiva e dell'età adulta in collaborazione con i Servizi per gli adulti in considerazione delle nuove linee guida per i DSA del gennaio 2022	1) Formazione del personale RRF 2) Ridefinizione dell'equipe di valutazione	1 - 2) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	NPI, RRF	1-2) Relazione			
Percorso per individuazione fratture di femore da fragilità per osteoporosi in pazienti over 65 anni presi in carico da SC Ortopedia	Numero di pazienti over 65 inviati dall'ortopedia presi in carico/Totale dei pazienti inviati dall'ortopedia	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	RRF TRAUMA	Relazione	10	10	

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page, including a large signature and several smaller initials.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					


  
 ST  
 el  
 P  
 Same

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Claudio Savoini				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi Infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

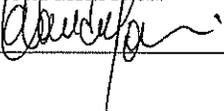
(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

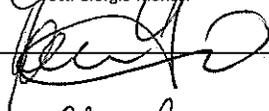
Il Dirigente responsabile

Dott. Claudio Savoini



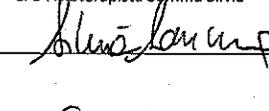
Il Direttore di Dipartimento

Dott. Giorgio Monesi



Il Coordinatore della struttura

CPS Fisioterapista Somma Silvia



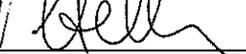
Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



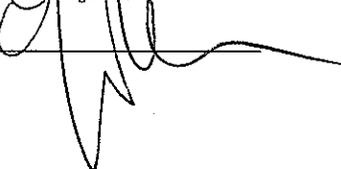
Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Andrea Toso				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Proseguire del processo di innovazione delle modalità di fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, al fine di garantire uniformità ed equità su tutto il territorio aziendale della fornitura di farmaci e ausili si prosegue con l'informatizzazione delle prescrizioni sia attraverso i portali regionali che aziendali coinvolgendo anche i prescrittori dell'AOU	Numero di prescrizioni effettuate tramite PROTES/totale prescrizioni effettuabili su PROYES	50%	31/12/2022	FT RRF TRAUMA ORL NPI	Report Farmacia Territoriale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Andrea Toso				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva, valutare l'attivazione di un ambulatorio di rinologia	Avvio dell'attività ambulatoriale	Entro il 30/04/2022	31/12/2022	ORL	Relazione	10	10	

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Andrea Toso				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

DIPARTIMENTO CHIRURGICO		STRUTTURA: s.s.d. Otorinolaringoiatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giorgio Monesi		REFERENTE: Dott. Andrea Toso				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Referente

Dott. Andrea Toso

Il Direttore di Dipartimento

Dott. Giorgio Monesi

Il Coordinatore della struttura

CPS INF Franco Dragotta

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario

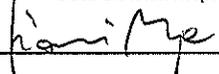
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale

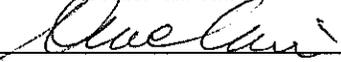
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE						Peso
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa						100
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

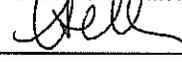
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa



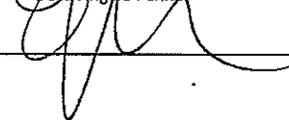
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

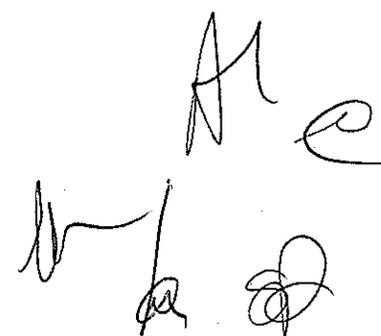


Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi Approfondimento e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivo Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Screening ecografico neonatale della displasia dell'anca 1. Esecuzione dell'ecografia delle anche a tutti i neonati del punto nascita entro la 4.a - 6.a settimana di vita come da attuali linee guida. 2. Formazione di un ulteriore operatore verso la completa autonomia di esecuzione e refertazione dell'esame.	Studio di fattibilità	entro il 31/12/2022	31/12/2022	sc Pediatria	Studio di fattibilità	10	10	



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	STRUTTURA: s.c. Pediatria	Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa	DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink	Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità

Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCS5	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			8		
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCS5					

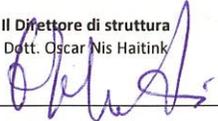
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Pediatria				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Oscar Nis Haitink				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
garantire la sorveglianza sanitaria, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema di sorveglianza sanitaria, come previsto dal D.lgs 1/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

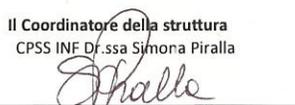
Il Direttore di struttura  
Dott. Oscar Nis Haitink



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa



Il Coordinatore della struttura  
CPSS INF Dr.ssa Simona Piralla



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Perina



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economiche Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
dotare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) 4 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20		
implementare le azioni previste nel Piano regionale d'aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
deguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e amministrazione del File F Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG			
partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			

RP

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi/Approfondimento Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GOCCS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCCS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi/Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Promuovere la vaccinazione della donna gravida nell'ambito del percorso nascita	1) Studio di fattibilità 2) realizzazione del progetto	1) Entro il 15/03/2022 2) entro il 31/12/2022	1-2) 31/12/2022	Sc Ginecologia, DMPO, ssd Consultori, sc Farmacia Ospedaliera	1) studio 2) relazione	10	10	

<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>	<b>STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia</b>	<b>Peso</b>		
<b>DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa</b>	<b>DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa</b>	<b>Direttore</b>	<b>Dirigenza</b>	<b>Comparto Sanità</b>

<b>Obiettivi specifici comparto sanità</b>						<b>Peso</b>		
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>			<b>Comparto SAN</b>
rimuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the right and several smaller ones on the left.

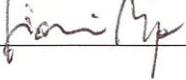
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Ostetricia e Ginecologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Ruspa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

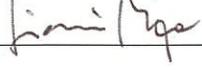
\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

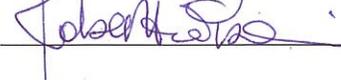
Il Direttore di struttura  
Dott. Giovanni Ruspa



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa



Il Coordinatore del Dipartimento/struttura  
CPS Ost Dr.ssa Roberta Pisani



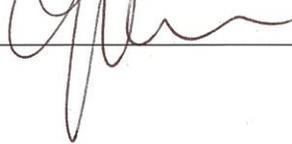
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Renata Brigatti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attivi						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 rimodulando le richieste di prestazioni agli erogatori privati accreditati	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Partecipazione al processo di valutazione dell'attività dell'IRCCS nell'ambito dei progetti di ricerca applicata finanziati all'IRCCS dalla Regione - DGR 30-1425 del 26/03/2018	Report di verifica della rendicontazione prodotta da IRCCS, di concerto con la ssd GAVDT, per quanto di competenza	Annuale	31/12/2022	DISTRETTI NPI DSM GAVDT	Report			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e amministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	31/01/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c., SICG	1) Report FO	20	20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. 3oCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			

MEB cf

IL

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Renata Brigatti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di miglioramento e sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
revisione del percorso di valutazione e certificazione del paziente con DSA dell'età evolutiva e dell'età adulta in collaborazione con i Servizi per gli adulti in considerazione delle nuove linee guida per i DSA del gennaio 2022.	1) formazione del personale RRF 2) ridefinizione dell'equipe di valutazione	1 - 2) entro il 31/12/2022	31/12/2022	NPI, RRF	1-2) relazione	10	10	

RB of RB 

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Renata Brigatti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici (comparto sanità)						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

RB

*[Handwritten signatures]*

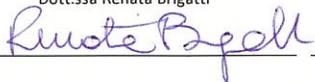
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.c. Neuro Psichiatria Infantile				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Renata Brigatti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

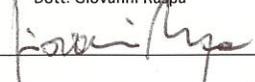
\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

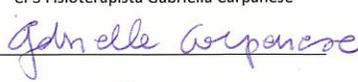
Il Direttore F.F. di struttura  
Dott.ssa Renata Brigatti



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa



Il Coordinatore della struttura  
CPS Fisioterapista Gabriella Carpanese



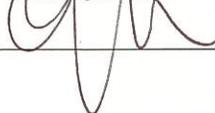
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s.d. Consultori				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa e recupero prestazioni a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale	20	20	
Adeguamento dei flussi informativi con particolare riferimento a: 1) Dematerializzazione delle impegnative 2) Gestione delle agende informatizzate	1) Avvio delle azioni propedeutiche alla dematerializzazione delle impegnative 2) Formazione degli operatori per la gestione delle agende	1) Entro il 31/12/2022 2) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	CONS SICG	1) 2) Relazione			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	20	0	

Handwritten signatures and initials: 'RS', 'RP', 'M', and two other signatures.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s.d. Consultori				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi (VAB) - PREVENZIONE E QUALITÀ						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GoCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Promuovere la vaccinazione della donna gravida nell'ambito del percorso nascita	1) Studio di fattibilità 2) realizzazione del progetto	1) Entro il 15/03/2022 2) entro il 31/12/2022	1-2) 31/12/2022	Sc Ginecologia, DMPO, ssd Consultori, sc Farmacia Ospedaliera	1) studio 2) relazione	10	10	

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller initials or signatures in the center and right.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s.d. Consultori				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità		
Obiettivi specifici (comparto sanità)						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità					8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

BR AP



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		STRUTTURA: s.s.d. Consultori				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Ruspa		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Giorgio Pretti				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\* ) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott. Giorgio Pretti

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Ruspa

Il Coordinatore della struttura  
CPS Ost Dr.ssa Rita Pedroni

Il Coordinatore del Dipartimento  
CPS Ost Dr.ssa Roberta Pisani

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

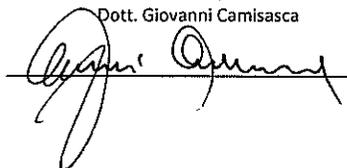
Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

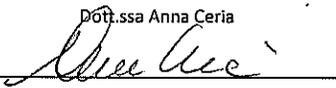
<b>DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI</b>	<b>Peso</b>
<b>DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca</b>	<b>100</b>

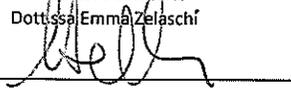
Obiettivi Economici e Attività						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali, in modo coerente con quanto previsto dall'Atto Aziendale, e favorire l'integrazione 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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

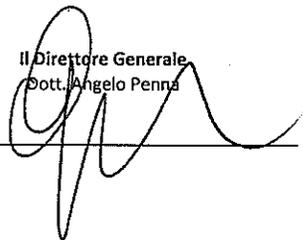
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo dell'infezione correlate all'assistenza, alla promozione 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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

Obiettivi Innovazione e Sviluppo						
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso Dirigenza
Garantire nel proprio Dipartimento il processo di valutazione dei Direttori/Responsabili di strutture nelle modalità e tempi previsti dalle procedure aziendali	N. Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento valutati secondo i tempi e le modalità previste/totale dei Direttori/Responsabili afferenti al Dipartimento	100%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca  


Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria  


Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi  


Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna  


DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Camisasca				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Refertazione con firma digitale	100%	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG		20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Garantire la gestione del conto – lavoro plasmaderivati come struttura operativa di supporto alla Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) delle attività trasfuzionali attraverso le seguneti attività: 1) Istruttoria e redazione piano annuale distribuzione emoderivati e relative comunicazioni; 2) Gestione distribuzione farmaci Emoderivati da Conto lavoro; 3) Gestione distribuzione farmaci Emoderivati da Conto lavoro	1) Piano redatto, condiviso con SRC e comunicato a tutte le farmacie delle Aziende piemontesi; 2) Num. Richieste extra piano distribuzione programmata/ Num. Totale richieste pervenute; 3) Num. Richieste URGENTI / Num. Totale richieste pervenute	1) Nei modi e nei tempi concordati con SRC di norma entro 15/12 dell'anno precedente); 2, 3) ≤ 20%	1) 20/12/2022; 2) 31/12/2022; 3) 31/12/2022	Farmacia Ospedaliera; SIMIT-CPVE	1) Piano plasma e piano distribuzione emoderivati; 2, 3) Report della SC Farmacia Ospedaliera	10	10	2	

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Camisasca				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Centro Produzione e Validazione Emocomponenti e Laboratorio				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giovanni Camisasca				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura  
Dott. Giovanni Camisasca

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Il Coordinatore della struttura  
CPS TSLB Ciro Lucini

Il Coordinatore della struttura  
CPS TSLB Tania Valloggia

Il Coordinatore del Dipartimento  
CPSS INF. Mariella Platini

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cerja

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia patologica				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Valentini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi/produzione	5 anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG				
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Refertazione con firma digitale	100%	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG		20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Applicare quanto previsto dalla nota regionale del 13/01/2022 ad oggetto: "Modalità di richiesta e invio dei campioni di carcinoma mammario ormona-responsivo per l'esecuzione di test genomici presso le ASR"	Predisposizione report	Entro il 31/01/2023	31/01/2023	AP	Report	10	10	2	

Handwritten signatures and initials, including the name 'CRS' and several illegible signatures.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia patologica				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Valentini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and several initials on the right.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Anatomia patologica				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Stefano Valentini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

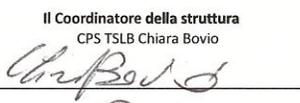
Il Direttore di struttura  
Dott. Stefano Valentini



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca



Il Coordinatore della struttura  
CPS TSLB Chiara Bovio



Il Coordinatore del Dipartimento  
CPSS INF Marinella Platini



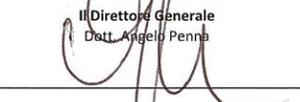
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Loredana Franchini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Governare i consumi di beni e servizi rapportato alla produzione	Consumo beni e servizi/produzione	≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	3	
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	Refertazione con firma digitale	100%	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. SICG	Relazione s.c. SICG				
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale				
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPD	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GoCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Al fine di favorire l'accesso alle cure dei pazienti fragili, attivare un servizio di radiologia domiciliare	1) Redazione e formalizzazione del documento che definisca le modalità operative; 2) Avvio dell'attività	1) Entro il 30/09/2022 2) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	s.c. Radiologia, DMPO, Distretti, ssd Cure Palliative	1) Documento con modalità operative 2) Report attività	10	10	2	


DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia				Peso				
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Loredana Franchini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

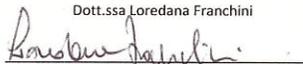
Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page, including a large signature at the top, several smaller initials, and a signature at the bottom right.

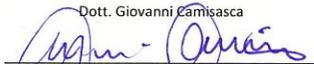
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Radiologia				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Loredana Franchini				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

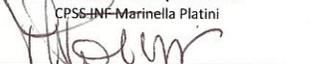
(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

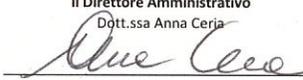
(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

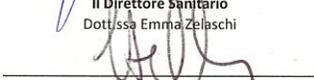
**Il Direttore F.F. della struttura**  
 Dott.ssa Loredana Franchini  


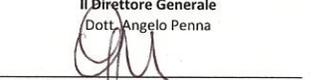
**Il Direttore di Dipartimento**  
 Dott. Giovanni Camisasca  


**Il Coordinatore della struttura**  
 CPS TSRM Dott.ssa Barbara Foschetti  


**Il Coordinatore del Dipartimento**  
 CPSC-INF Marinella Platini  


**Il Direttore Amministrativo**  
 Dott.ssa Anna Cerja  


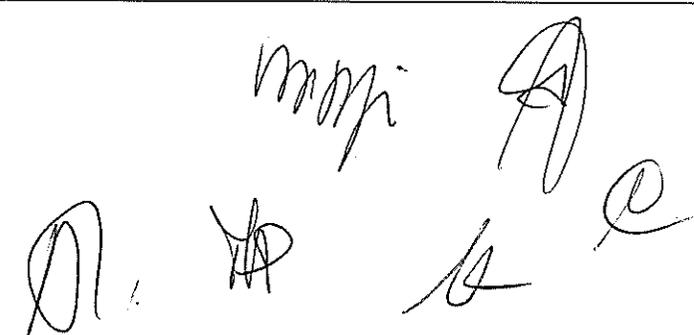
**Il Direttore Sanitario**  
 Dott.ssa Emma Zelaschi  


**Il Direttore Generale**  
 Dott. Angelo Penna  




DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Mariangela Dairaghi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Al fine di contenere la spesa convenzionata 2022 adottare le azioni orientate a raggiungere la riduzione del 50% dello scostamento tra la propria spesa procapite (per popolazione pesata) e quella dell'ASL best performer per farmaci J01 e le prime tre categorie di farmaci più iperprescritti	1) N° incontri con capo-equipe e direttori distretto, coordinato dal farmacista responsabile su appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica; 2) N° report per prescrittori (MMG/PLS)	1) Almeno un incontro a trimestre 2) Almeno un report a trimestre	1) 31/03/2022 2) 30/06/2022 3) 30/09/2022 4) 31/12/2022	Struttura firmataria, Distretti	Verbale incontro del trimestre		20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriatozza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO				
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	3	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Prosecuzione del processo di innovazione delle modalità di fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, al fine di garantire uniformità ed equità su tutto il territorio aziendale della fornitura di farmaci e ausili si prosegue con l'informatizzazione delle prescrizioni sia attraverso i portali regionali che aziendali coinvolgendo anche i prescrittori dell'AOU	1) Numero di prescrizioni effettuate tramite ECWMED/totale prescrizioni effettuabili tramite ECWMED - 2) Numero di prescrizioni effettuate tramite PROTES/totale prescrizioni effettuabili su PROTES	1) 90% 2) 40%	31/12/2022	s.c. Farmacia Territoriale; ssd RRF	Report Farmacia Territoriale	10	10	2	

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Mariangela Dairaghi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità									
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022 .	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				


  
 A collection of handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature that appears to be 'Mariangela Dairaghi' and several other initials and marks.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Territoriale				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Mariangela Dairaghi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

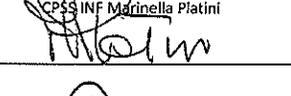
Il Direttore F.F. della struttura  
Dott.ssa Mariangela Dairaghi



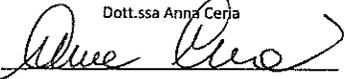
Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca



Il Coordinatore del Dipartimento  
CPSS INF Marinella Platini



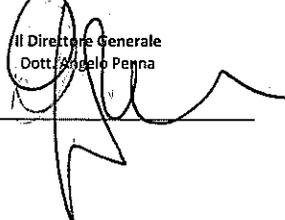
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cerja



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Cristina Rossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ai sensi obiettivo 5.2-2 DGR n. 26-6421 del 26-01-2018	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo <a href="http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi">http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi</a> ) con un CIG per lotto	Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2021 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC	Semestrale	FO - STP	Report		20	3	
	Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte)	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"	Semestrale	FO - STP	Report				
Promuovere l'adeguamento dei flussi informativi relativi al file F prevedendo la compilazione del campo relativo alla diagnosi per le tipologie per le quali viene effettuata la distribuzione diretta e compilazione del File F	Verifica a campione della corretta compilazione per tutte le strutture formate	Effettuata entro il 31/12/2022	31/12/2022	Strutture interessate nella compilazione; FO	Relazione FO	20			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	
Obiettivi Appropriattezza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale *	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Cristina Rossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Garantire la gestione del conto – lavoro plasmaderivati come struttura operativa di supporto alla Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) delle attività trasfusionali: attraverso le seguenti attività: 1) Istruttoria e redazione piano annuale distribuzione emoderivati e relative comunicazioni; 2) Gestione distribuzione farmaci Emoderivati da Conto lavoro; 3) Gestione distribuzione farmaci Emoderivati da Conto lavoro	1) Piano redatto, condiviso con SRC e comunicato a tutte le farmacie delle Aziende piemontesi; 2) Num. Richieste extra piano distribuzione programmata/ Num. Totale richieste pervenute; 3) Num. Richieste URGENTI / Num. Totale richieste pervenute	1) Nei modi e nei tempi concordati con SRC (di norma entro 15/12 dell'anno precedente); 2, 3) ≤ 20%	1) 20/12/2022; 2) 31/12/2022; 3) 31/12/2022	Farmacia Ospedaliera; SIMIT-CPVE	1) Piano plasma e piano distribuzione emoderivati; 2, 3) Report della SC Farmacia Ospedaliera	10	10	2	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo				
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS				

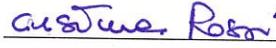
DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.c. Farmacia Ospedaliera				Peso			
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA: Dott.ssa Cristina Rossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore F.F. della struttura  
Dott.ssa Cristina Rossi



Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca



Il Coordinatore del Dipartimento  
CRSS INF Marinella Platini



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Fenna



DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia				Peso Totale		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE F.F.: Dott. Luigi La Rosa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione interni e somministrato 2) Consumo di dispositivi medici/produzione medici	1) 2) ≤ anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20	20	
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 *	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi:	N° prescrizioni con File F con indicazione della compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT			
Obiettivi Appropriatelyzza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Promuovere l'appropriatelyzza di utilizzo dei farmaci per la profilassi delle reazioni allergiche ai mezzi di contrasto	Redazione e formalizzazione del documento che definisca le modalità operative	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	ssd Allergologia, s.c. Radiologia, DMPO	Documento approvato	10	10	

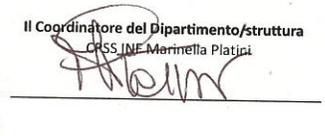
Handwritten signatures and initials in blue ink on the right side of the page, including a large signature at the top, a circular stamp in the middle, and several initials at the bottom.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia				Peso Totale		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE F.F.: Dott. Luigi La Rosa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			8
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top, a signature below it, and several initials at the bottom right.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Allergologia				Peso Totale		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE F.F.: Dott. Luigi La Rosa				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
						Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.  
 (\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.  
 (\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

<b>Il Dirigente responsabile F.F.</b> Dott. Luigi La Rosa 	<b>Il Direttore di Dipartimento</b> Dott. Giovanni Camisasca 	<b>Il Coordinatore del Dipartimento/struttura</b> GoCSS INF Marinella Platini 
<b>Il Direttore Amministrativo</b> Dott.ssa Anna Ceria 	<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott.ssa Emma Zelaschi 	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Angelo Penna 

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Ponziani				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s'anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG	20		
Implementare le azioni previste nel Piano regionale ed aziendale per il recupero delle liste di attesa a seguito della emergenza da COVID-19 *	Attuazione progetti	Secondo la tempistica definita nel progetto	31/12/2022	Struttura firmataria	Relazione aziendale			
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi;	N° prescrizioni con File F con indicazione della compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO			
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Almeno una partecipazione	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Entro il 31/12/2022	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT	0		
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS			
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Uniformare la gestione del paziente diabetico in ospedale attraverso la definizione di modalità operative condivise	1) Costituzione GdL multidisciplinare e professionale 2) Redazione documento	1) Entro il 30/04/2022 2) Entro il 31/12/2022	31/12/2022	Diabetologia, reparti di degenza	Documento redatto	10	10	

*[Handwritten signatures and initials]*

*[Handwritten signature]*

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Ponziani				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
							Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nel modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials, including a large signature and several smaller initials, located at the bottom right of the page.

DIPARTIMENTO AREA DIGNOSTICA E SERVIZI		STRUTTURA: s.s.d. Diabetologia				Peso		
DIRETTORE: Dott. Giovanni Camisasca		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott.ssa Chantal Ponziani				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Peso		
						Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori* afferenti alla struttura	100% operatori*	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott.ssa Chantal Ponziani

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Giovanni Camisasca

Il Coordinatore del Dipartimento/struttura  
CPSS INE Marinella Platini

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</b>						<b>Peso</b>
<b>DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi</b>						<b>100</b>

<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 31/01/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

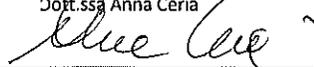
<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
Dare attuazione nel proprio Dipartimento alle misure di prevenzione e controllo 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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

<b>Obiettivi Innovazione e Sviluppo</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

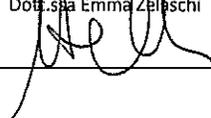
Il Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi



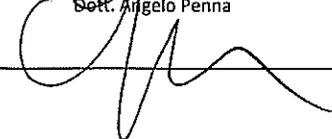
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici/Aziendali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO				
Prosecuzione attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2022	31/12/2022	Medico competente; SPP; DSM; ssd Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro				
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C SISP, UVOS, DSM, UOCP, Chirurgia	Relazione	20	20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	0	

Handwritten signatures and initials, including a large stylized 'A' on the left, several initials in the center, and a large 'P' on the right.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriatazza e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Sistematizzare con calendarizzazione degli incontri tra gli SPDC del DSMI e i CCSSMM afferenti per territorio per revisione casi clinici nel rispetto delle norme per la prevenzione dell'infezione da Covid 19.	Rispetto degli incontri calendarizzati SPDC CSM. Programmati/effettuati	>90%	31/12/2022	DSM	Report incontri e verbali	10	10	2	






DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord				Peso				
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

PC

Handwritten signatures and initials, including a large 'P' and 'B'.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Nord				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Giorgio Castignoli				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura

Dott. Giorgio Castignoli



Il Direttore di Dipartimento

Dott.ssa Paola Bossi



Il Coordinatore della struttura

CPS INF Dr.ssa Mariangela Fumagalli



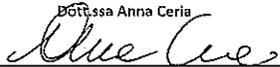
Il Coordinatore della struttura

CPS INF Franca Rattazzi



Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria



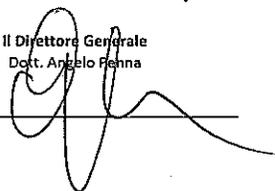
Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale

Dott. Angelo Fenna



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100	100
Obiettivi Economici e Attività						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	
Alimentare i flussi informativi in maniera corretta e completa, con particolare riferimento al Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F	N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con File F	≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.)	28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO	Report FO				
Proseguire attività del Gruppo di Lavoro Aziendale per la "Valutazione dello stress lavoro correlato"	Monitoraggio delle strutture con maggiore criticità	Almeno due strutture aziendali entro il 31/12/2022	31/12/2022	Medico competente; SPP; DSM; ssc Psicologia	Relazioni/report per il Datore di Lavoro				
Rendere attuativo il Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	31/12/2022	Distretti, SIAV A, SIAV C SISP, UVOS, DSM, UOCP, Chirurgia	Relazione	20	20	3	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione				
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report ALLCAT		0	0	

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'M. Bossi' and other initials, located at the bottom right of the document.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Obiettivi Appropriazione e Qualità						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO	20	20	3	
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS				
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR				
Obiettivi Innovazione e Sviluppo						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Sistematizzare con calendarizzazione degli incontri tra gli SPDC del DSMI e i CCSSMM afferenti per territorio per revisione casi clinici nel rispetto delle norme per la prevenzione dell'infezione da Covid 19.	Rispetto degli incontri calendarizzati SPDC CSM. Programmati/effettuati	>90%	31/12/2022	DSM	Report incontri e verbali	10	10	2	


  
 The bottom right of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There is a large, stylized signature that appears to be 'Paola Bossi' or similar, and several other smaller initials and marks scattered around it.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud				Peso				
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità	
Obiettivi specifici comparto sanità						Peso				
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi				Comparto SAN	
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo					
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità				8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS					

Handwritten signatures and initials, including a large signature, the acronym 'AAC', and other illegible marks.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.c. Psichiatria Area Sud				Peso			
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott.ssa Paola Bossi				Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi Intraannuali						Peso			
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto TA	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

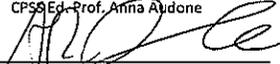
(\*\*) Struttura capofila: In caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

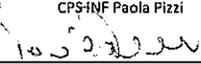
Il Direttore di Dipartimento/struttura  
Dott.ssa Paola Bossi



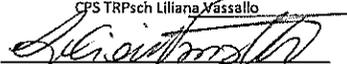
Il Coordinatore della struttura  
CPS-Ed - Prof. Anna Audone



Il Coordinatore della struttura  
CPS-INF Paola Pizzi



Il Coordinatore della struttura  
CPS TRPsch Lilliana Vassallo



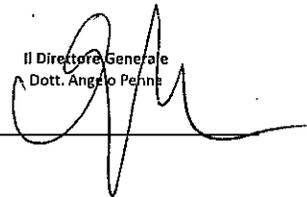
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceja



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Felaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero				PAGO		
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ettore Quadro				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi di struttura						100	100	100
QUARTO PERIODO ATTIVITÀ						PAGO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Adottare azioni di contenimento dei costi incidenti sulla spesa farmaceutica ospedaliera (consumi interni e somministrato) e i consumi di dispositivi medici	1) Consumo di prodotti farmaceutici/produzione 2) Consumo di dispositivi medici/produzione	1) 2) s anno precedente	Trimestrale	Struttura firmataria, FO, SICG	1) 2) Report FO - SICG			
Adeguamento dei flussi informativi, con particolare riferimento a: 1) Codice diagnosi: compilazione obbligatoria del campo per le tipologie della distribuzione diretta e somministrazione del File F 2) Chiusura delle SDO entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione 3) Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la gestione dei referti con firma digitale	1) N° prescrizioni con File F con indicazione della diagnosi/totale prescrizioni con file F 2a) N° SDO chiuse entro il 10 del mese successivo alla data di dimissione/totale dimissioni del mese 2b) N° SDO chiuse entro il 10 del mese di gennaio dell'anno successivo alla data di dimissione/totale dimissioni dell'anno 3) Refertazione con firma digitale	1) ≥ 90% (rilevazione a campione effettuato dalla s.c. F.O.) 2a) 95% 2b) 100% 3) 100%	1) 31/01/2023 2a) Mensilmente 2b) 31/01/2023 3) 28/02/2023	Struttura firmataria, s.c. FO, s.c. DMPO, SICG	1) Report FO 2a) 2b) Report DMPO 3) Relazione s.c. SICG		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Rendere attuativo il Piano degli Interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviate per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia di cui all'obiettivo 1.4.2 dell'allegato A ex DGR n. 13-3924 del 15/10/2021	Azioni previste dal Piano	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal Piano	44926	Distretti, SIAV A, SIAV C SISP, UVOS, DSM, UOCP, Chirurgia	Relazione			
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitoraggio obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 31/12/2022 3) 100% 4) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 5) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 6) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivi di programmazione attività						PAGO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2022	Tutte le strutture previste nel Programma ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nel modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GoCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nel modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivi di formazione e sviluppo						PAGO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Sistematizzare con calendarizzazione degli incontri tra gli SPDC del DSMI e i CCSSMM afferenti per territorio per revisione casi clinici nel rispetto delle norme per la prevenzione dell'infezione da Covid 19.	Rispetto degli incontri calendarizzati SPDC CSM. Programmati/effettuati	>90%	31/12/2022	DSM	Report incontri e verbali	10	10	

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero				PESO		
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ettore Quadro				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi specifici comparto SANITÀ						PESO		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi			Comparto SAN
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità			8
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		STRUTTURA: s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero				Peso		
DIRETTORE: Dott.ssa Paola Bossi		DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Ettore Quadro				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti aziendali e obiettivi infraannuali						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Dirigente responsabile  
Dott. Ettore Quadro

Il Direttore di Dipartimento  
Dott.ssa Paola Bossi

Il Coordinatore della struttura  
EPSS INF Sergio Spontino

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Cesia

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi

Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna

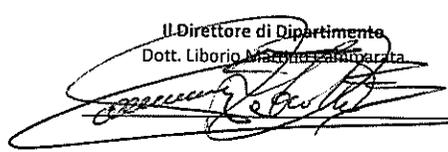
<b>DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE</b>						<b>Peso</b>
<b>DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata</b>						<b>100</b>

<b>Obiettivi Economici e Attività</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 3) Revisione del regolamento del Dipartimento tenuto conto di quanto previsto dall'Atto Aziendale	1) Almeno 3 all'anno, di cui almeno una - per le strutture interessate - relativa alla discussione degli indicatori previsti dal PNE 2) Entro il 14/02/2023 3) Regolamento revisionato	1) 31/12/2022 2) 31/01/2023 3) 30/06/2022	Tutte le strutture del Dipartimento	1) Verbali riunioni 2) Relazione 3) Regolamento	30
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	10

<b>Obiettivi Appropriatazza e Qualità</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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 una all'anno	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Relazione di Dipartimento	30

<b>Obiettivo Innovazione e Sviluppo</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Timing di misurazione e verifica</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>	<b>Peso Dirigenza</b>
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%	31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Schede di valutazione	30

Il Direttore di Dipartimento  
Dott. Liborio Martino Cammarata



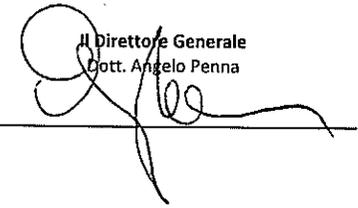
Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Anna Ceria



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Emma Zelaschi



Il Direttore Generale  
Dott. Angelo Penna



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerD				Peso		
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Liborio Martino Cammarata				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivo di struttura						100	100	100
Obiettivo Economico e Attività						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
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 PLP	≥ 90%	28/02/2023	Strutture coinvolte nel PLP	Rendicontazione del PLP			
Collaborare con la ss Servizio di Epidemiologia, per evidenziare la correlazione tra i dati di attività dei singoli servizi del Dipartimento di Prevenzione e gli aspetti epidemiologici	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 28/02/2023	SIAN, SISP, UVOS, SPRESAL, SIAV B, SIAV C, SERD, ML	Schede revisionate e inviate alla ss Servizio di Epidemiologia		20	
Partecipare all'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel corso dell'anno 2022 e alle attività previste per il contenimento della pandemia COVID correlata, per quanto di competenza	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	Tutte le strutture del Dipartimento	Secondo quanto previsto nella DGR di assegnazione	20		
Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati al Servizio e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti	1) Diffusione degli obiettivi della struttura a tutti i dirigenti 2) N. Dirigenti afferenti alla struttura valutati secondo i tempi e le modalità previste/Totale dei Dirigenti afferenti alla struttura 3) N. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 4) Relazione redatta a cura del partecipante agli eventi formativi obbligatori esterni alla struttura 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) 100% 3) N. incontri per monitorare obiettivi 4) Relazione per tutti gli eventi obbligatori 5) Partecipazione a incontri con RPC	1) 30/06/2022 2) 31/12/2022 3) Entro il 31/12/2022 4) Entro il 31/12/2022 5) Almeno una partecipazione	Struttura firmataria	1) Verbale o mail 2) Schede di valutazione 3) Verbale 4) Relazione secondo format 5) Report AILCAT		0	
Obiettivo di processo clinico						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Attuare per le parti di competenza il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Azioni previste per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Attuate nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture previste nei Programmi ICA	Relazione DMPO			
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS, comprensivo dell'aggiornamento del Piano pandemico aziendale	Azioni previste per la promozione della qualità dell'assistenza e dei servizi secondo quanto previsto nel Piano qualità	Nei modi e nei tempi previsti dal piano	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report GOCSS	20	20	
Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Azioni previste per la gestione del rischio secondo quanto previsto dal Programma aziendale UGR	Nei modi e nei tempi previsti dal programma	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Report UGR			
Obiettivo Innovazione e Sviluppo						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	
Sviluppare/consolidare strumenti quali: videochiamate, le web conferences, la teleassistenza (psicologica, educativa, sociale, infermieristica), televisite, teleconsulto, telemonitoraggio - per facilitare la gestione del paziente.	Studio di fattibilità	Entro il 31/12/2022	31/12/2022	DPD - SICG	Studio di fattibilità	10	10	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerD				Peso		
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Liborio Martino Cammarata				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Obiettivi, indicatori, comparto sanità								
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Pesi		
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GOCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	28/02/2023	Tutte le strutture aziendali	Documenti previsti dallo schema operativo			
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della check list e rilevazione di eventuali criticità	Check list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	31/12/2022	Tutte le strutture che utilizzano DPI	Report con analisi delle criticità		8	
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1-2-3) 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GOCSS			

Handwritten signatures and initials, including a large signature and several smaller initials, located in the bottom right corner of the page.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE		STRUTTURA: s.c. SerD				Peso		
DIRETTORE: Dott. Liborio Martino Cammarata		DIRETTORE DI STRUTTURA: Dott. Liborio Martino Cammarata				Direttore	Dirigenza	Comparto Sanità
Progetti/azioni/obiettivi/impegni						Peso		
Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Timing di misurazione e verifica	Strutture coinvolte	Documenti attesi	Direttore	Dirigenza	Comparto SAN
Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	N. operatori*** afferenti alla struttura con formazione in corso di validità, nel periodo di riferimento/ Tot. degli operatori*** afferenti alla struttura	100% operatori***	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report RSPP	25	25	46
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, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS	N. operatori afferenti alla struttura che hanno effettuato la visita periodica nel periodo di riferimento, secondo calendarizzazione/ Tot. degli operatori afferenti alla struttura, che avrebbero dovuto effettuare la visita periodica secondo la specifica calendarizzazione	100% operatori	10/03/2022 10/05/2022 10/07/2022 10/09/2022 10/11/2022	Tutte le strutture aziendali	Report MC	25	25	46

(\*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

(\*\*) Struttura capofila: in caso di obiettivo trasversale è quella che si occupa di coordinare le attività.

(\*\*\*) Ad esclusione di Preposti e Dirigenti per la sicurezza

Il Direttore di struttura

Dott. Liborio Martino Cammarata

Il Direttore di Dipartimento

Dott. Liborio Martino Cammarata

Il Coordinatore della struttura

CPSE INF AFD Gigliola Rozzi

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Ceria

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emma Zelazchi

Il Direttore Generale

Dott. Angelo Penna

**PIANO QUALITA' AZIENDALE - 2022**

<b>Parola chiave</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>
<b>Monitoraggio dei principali processi della struttura</b>	Garantire il monitoraggio dei processi aziendali attraverso la raccolta degli indicatori (ove previsti) dalle procedure/istruzioni operative redatte dalla struttura.	Predisposizione per ogni indicatore del report con apposito format aziendale	Entro la tempistica prevista dalle singole procedure	Tutte le strutture aziendali	Format aziendale compilato e firmato, caricato sul cruscotto ed inviato a qualita@asl.novara.it
<b>Audit clinico</b>	Al fine di garantire la sicurezza del paziente, migliorare la qualità dell'assistenza ed il servizio offerto, effettuare uno specifico audit clinico su un processo/tematica "critico"	Audit clinico strutturato nelle seguenti fasi: a) identificazione dell'argomento b) raccolta dei dati c) analisi dei dati d) identificazione di eventuali azioni di miglioramento e) condivisione dei risultati con l'intera struttura	a) Entro il 30/04/2022 b-c-d-e) Entro il 31/12/2022	Tutte le strutture sanitarie aziendali, ove si ritenga utile e necessario	Relazione
<b>Promozione cultura della qualità</b>	Definire ed uniformare le modalità operative con cui si erogano prestazioni e/o servizi, attraverso la redazione o revisione di documenti quali: procedure/istruzioni operative	Redazione o Revisione di almeno un documento <b>secondo quanto previsto dalla procedura: Redazione/revisione di documenti in ASL NO</b>	1) Entro il 30/04/2022 identificazione del documento da aggiornare/produrre e relativo gdl 2) Documento redatto o aggiornato, secondo il format aziendale entro il 31/12/2022	Tutte le strutture aziendali	Procedura o istruzione operativa redatta o revisionata secondo format aziendale inviata a qualita@asl.novara.it per il processo di verifica
	Promuovere la cultura della qualità e la gestione del rischio clinico attraverso la divulgazione delle procedure aziendali: " <b>Incident reporting</b> " e " <b>Gestione dei documenti nell'ASL NO</b> ".	Partecipazione all'evento formativo FAD	almeno un operatore per ogni struttura	Tutte le strutture	Report GOCSS
<b>Customer satisfaction</b>	Al fine di identificare e gestire eventuali criticità e disservizi, proseguire con il sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente interno ed esterno commisurato alle peculiarità di ogni specifica struttura	1) Raccolta dati nella settimana indice 2) Relazione con descrizione delle criticità/disservizi rilevati e le relative azioni di miglioramento	1) Entro il 30/09/2022 2) Entro il 31/12/2022	Tutte le strutture	1) Report 2) Relazione
<b>Piano pandemico</b>	Garantire il costante aggiornamento e monitoraggio del Piano strategico-operativo aziendale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale	redazione e monitoraggio con audit	Entro il 31/12/2022	Tutte le strutture	Piano e report audit

**PROGRAMMA AZIENDALE UGR - PIANO GESTIONE RISCHIO CLINICO ASL NO - 2022**

<b>Parola chiave</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>
<b>RSA e Privati</b>	Monitoraggio dello stato dell'arte nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate	Mappatura dello stato dell'arte nell'ambito della gestione del rischio clinico nelle <b>strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate di competenza territoriale:</b> 1) Rilevazione del sistema di incident reporting e di gestione dei sinistri attivi; 2) Ricognizione delle procedure di gestione cadute in uso; 3) Monitoraggio della presenza della check list in Sala Operatoria; 4) Monitoraggio dei criteri di gestione del processo di somministrazione dei farmaci; 5) Monitoraggio, dei criteri di gestione emergenza intraospedaliera ed all'introduzione nelle stesse dei Piani di Monitoraggio ed Allertamento	1) Presenza del sistema di incident reporting e gestione dei sinistri 2) Verifica procedure gestione cadute in uso 3) Presenza della check list in Sala Operatoria nelle U.O. Chirurgiche delle Strutture private accreditate 4) Presenza di criteri per la gestione dell'emergenza	1,2, 3, 4, 5) Distretti, s.c. Medicina Legale; 2) s.c. SISP	Report verifica Commissione di Vigilanza per privati accreditati
<b>Corso RQR</b>	Definizione di metodi e strumenti efficaci per la comunicazione dell'evento avverso all'interno della struttura, fra operatori e, all'esterno, al paziente ed ai famigliari	Progettazione e realizzazione di percorsi formativi indirizzati ai referenti aziendali rischio clinico	entro il 31/12/2022	GoCSS; tutte le strutture aziendali	Locandina corso
<b>Check-list</b>	Monitoraggio della check list presso U.O. Chirurgiche	1) n. check-list sala operatoria compilate/totale check-list da compilare; 2) predisposizione report annuale	1) 100%; 2) entro il 15/01/2023	1) strutture chirurgiche; 2) DMPO	Report DMPO di monitoraggio
<b>Raccomandazione 17</b>	Implementazione e attività di monitoraggio dell'applicazione, a livello locale, della raccomandazione 17	1) n. schede riconciliazione predisposte/totale ricoveri*100; 2) report di monitoraggio da parte della s.c. Farmacia Ospedaliera	1) valore >= anno precedente; 2) entro il 15/01/2023	1) Strutture di degenza; 2) s.c. Farmacia Ospedaliera	Report s.c. Farmacia Ospedaliera
<b>Sicurezza terapia oncologica</b>	Autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica.	Effettuazione degli audit secondo la norma ISO 19011:2012	Effettuati entro il 31/12/2022	s.c. Oncologia; s.c. Farmacia Ospedaliera	Relazione audit

**PROGRAMMA AZIENDALE UGR - PIANO GESTIONE RISCHIO CLINICO ASL NO - 2022**

<b>Parola chiave</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>
<b>Observation Chart</b>	Monitoraggio utilizzo schede di monitoraggio integrate medico- infermieristiche (Observation Chart) nei reparti di degenza per adulti, nei reparti di Ostetricia e nei reparti di Pediatria.	1) n. pazienti con scheda di monitoraggio/totale dei pazienti da monitorare (indagine a campione); 2) report di monitoraggio dell'utilizzo delle schede; 3) corsi di formazione ILS/ALS integrati con schede	1) almeno 90% 2) entro il 31/12/2022; 3) corsi predisposti entro il 31/12/2022	1) reparti di degenza; 2) DMPO; 3) GoCSS, Centro IRC, s.c. Anestesia e Rianimazione	1, 2) report DMPO; 3) locandina corsi
<b>2222</b>	Implementazione del Piano Emergenza Intraospedaliera (PEI) tenuto conto della adozione del 2222 e del Piano Emergenza Territoriale	Implementazione PEI con particolare riguardo all'emergenza ostetrico-ginecologica Aggiornamento PEIMAF Implementazione Piano Emergenza Territoriale prevedendo un professionista di riferimento	entro il 31/12/2022	strutture del Presidio Ospedaliero, STP; medico competente, strutture territoriali	PEI, Piano Emergenza Territoriale, PEIMAF
<b>Cartorisk</b>	Implementare l'utilizzo sistematico di strumenti di analisi del rischio clinico applicati ai processi assistenziali allo scopo di rendere il professionista in grado di utilizzare autonomamente strumenti di analisi del rischio clinico su specifici processi	Implementazione dell'utilizzo degli strumenti di analisi del rischio clinico attraverso la realizzazione di percorsi formativi specifici ed in particolare del CARTORisk nel percorso del Blocco Operatorio	Evento formativo realizzato entro il 31/12/2022	strutture di chirurgia, s.c. Anestesia e Rianimazione, s.c. DipSa, s.c. DMPO; ssd GoCSS	locandina evento formativo
<b>Formazione sinistri</b>	Definire strumenti formativi atti a garantire una corretta gestione dei sinistri RCT/O, con particolare riguardo alla fase della valutazione/riservazione, allo scopo di rendere i professionisti in grado di gestire autonomamente i sinistri RCT/O di competenza.	Avvio a livello aziendale di specifici percorsi formativi sulla gestione dei sinistri RCT/O, con particolare riguardo alla fase di valutazione/riservazione	entro il 31/12/2022	s.c. AILCAT; ssd GoCSS	locandina evento formativo
<b>Corso comunicazione</b>	Implementare l'utilizzo di corretti strumenti di comunicazione con i pazienti anche nell'ottica della conciliazione delle eventuali controversie	1) Avvio a livello aziendale di specifici percorsi formativi sulla comunicazione e relazione medico-pazienti nel biennio 2021-2022; 1) n. partecipanti per struttura (NB valido solo se percorso in FAD)	1) entro il 31/12/2022; 2) almeno 1 partecipante	tutte le strutture aziendali	1) locandina evento formativo 2) report formati
<b>Denunce sinistri</b>	Raccolta sistematica dei dati relativi alle 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 di sistema. Monitoraggio periodico con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.	1) Puntuale alimentazione del flusso ministeriale SIMES (eventi sentinella e sinistri) ed attività regionale di bonifica e riallineamento banche dati regionali; 2) adempimenti ex artt. 2 e 4 della legge 24/2017	1) entro i tempi previsti dalla procedura	1) s.c. AILCAT; ssd GoCSS; 2) s.c. AILCAT	1) Relazione/report

**PROGRAMMA AZIENDALE UGR - PIANO GESTIONE RISCHIO CLINICO ASL NO - 2022**

<b>Parola chiave</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>
<b>Valutazione partecipata RSA/Hospice</b>	Valutazione partecipata della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture private - Hospice, Case di cura, RSA – convenzionate con il SSR.	Verifica qualità servizi e prestazioni sanitarie presso le strutture sanitarie e socio sanitarie (RSA, Hospice, Case di cura) private convenzionate	sulla base delle linee di indirizzo e i tempi regionali	Referente Empowerment, di concerto con le strutture aziendali interessate di volta in volta	Relazione
<b>CartoRisk farmaco</b>	Analisi a priori con riguardo ai principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie a maggior rischio ed implementazione azioni di miglioramento su criticità rilevate nei diversi percorsi a rischio con particolare riguardo all'analisi effettuata nell'ambito del percorso del farmaco	numero azioni implementate/numero azioni definite	100%	reparti di degenza, sc. Farmacia Ospedaliera	Relazione
<b>Contenzione</b>	Revisione della procedura relativa alla contenzione e revisione degli strumenti di monitoraggio delle procedure contenitive	Procedure aziendale aggiornata e presenza di scheda di monitoraggio	entro il 31/12/2022	DSM, reparti di degenza, MeCAU, Hospice, CureOT	Relazione
<b>COBUS</b>	Monitoraggio della implementazione e del corretto funzionamento del COBUS di cui all'Accordo Stato Regioni del 21/12/2017	1) presenza di verbale di costituzione, verbali di incontri del COBUS in accordo a quanto previsto dall'ACSR 21/12/2017; 2) presenza di modalità informatiche per la gestione delle richieste trasfusionali o di adeguate modalità per la riduzione degli eventi avversi trasfusionali a fronte di attività di analisi del rischio con metodiche consolidate e documentate; 3) aggiornare elenco referenti trasfusionali nei Reparti	1) presenza di almeno due verbali/anno ; 2) presenza delle previste modalità informatiche o di modalità alternative per la riduzione del rischio trasfusionale 3) entro il 31/12/2022	SIMT-CPVE, reparti ospedalieri	Relazione e verbali

**PROGRAMMA AZIENDALE UGR - PIANO GESTIONE RISCHIO CLINICO ASL NO - 2022**

<b>Parola chiave</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target (Standard)</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Documenti attesi</b>
<b>Trasfusione</b>	Monitoraggio, della corretta applicazione della pratica trasfusionale nei reparti, con particolare riguardo alle modalità per ridurre gli eventi avversi trasfusionali (corretta identificazione del paziente/ricettore ed utilizzo di stringhe identificative), comprensiva anche delle indicazioni per l'implementazione di percorsi di PBM aziendali	audit clinici nei reparti	presenza di almeno due audit clinici/anno selezionando i reparti a maggiore consumo di emocomponenti	SIMT-CPVE, reparti di volta in volta coinvolti	Relazione e verbali
<b>DPI COVID</b>	Effettuare azioni di sostegno al corretto e appropriato utilizzo dei DPI, anche attraverso attività proattive quali visite /audit per la sicurezza, e avvalendosi delle funzioni competenti (referenti per il rischio infettivo, risk manager, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, medico competente, ecc.)	1) effettuazione valutazione a campione attraverso l'utilizzo di specifica check-list da parte dei Preposti; 2) valutazione a campione del corretto utilizzo della check-list da parte del SPP	valutazione effettuata entro il 31/12/2022 in tutte le strutture	SPP- tutte le strutture	report SP
<b>Corsi COVID</b>	Garantire la partecipazione ai corsi specifici sul corretto utilizzo dei DPI appropriati e sulle procedure aziendali di accesso e assistenza ai pazienti Covid 19 attraverso la didattica online resa obbligatoria, laddove non siano già state effettuate altre iniziative di formazione.	progettazione e realizzazione di corsi di formazione FAD obbligatoria sul tema specifico	almeno 1 corso entro il 31/12/2022	tutte le strutture aziendali	locandina Corso
<b>Piano Pandemico</b>	Garantire un adeguato supporto alle Unità di gestione COVID aziendali in sede di attuazione delle indicazioni di cui al Piano pandemico COVID 19 approvato con DGR n. 1-1979 del 23 settembre 2020.	evidenza partecipazione agli audit aziendali	Almeno 4 audit nel 2022	tutte le strutture coinvolte nel Piano pandemico	Verbali audit