

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione

Struttura: SC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Sian)

Direttore: Maimone Piero (fino al 30/11/2025) - Marinaro Laura (f.f. dal 01/12/2025)

Coordinatore: Boffa Giorgio

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio) .	Evidenza documentale	minimo 30 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P130	Evento Formativo residenziale rivolto ai dipendenti ASL per favorire l'adozione di un corretto stile di vita durante ed al di fuori dell'orario di lavoro	10%	10%	Organizzazione evento formativo	Registro partecipanti	Evento realizzato entro il 31/12/2025, partecipazione volontaria	10%	10%	10%	10%
P127	Uniformare i comportamenti e rendere coerenti le risposte all'utenza esterna in ambito di sicurezza alimentare e nutrizione. DGR 26-801 8.5 veterinaria e sicurezza alimentare V 1.1.1 Audit interni e verifica di efficacia in materia di controlli sulla sicurezza alimentare	20%	20%	Organizzare almeno un corso di formazione multidisciplinare con discussione di casi pratici	1)Realizzazione corso entro 30/09/2025 2) Formazione del 80% degli operatori	1)Svolgimento corso entro 30/09/2025 2) 80% degli operatori formati	20%	20%	20%	20%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
P132	Rispetto dell'attività prevista dal piano integrato di sicurezza alimentare (PAISA) 2025	20%	20%	Effettuazione del numero di interventi previsti	Evidenza documentale Rendicontazione finale PAISA 2025	1)S/N	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SSD Epidemiologia, Prom. Salute, Coord. Att. Prev.**Direttore:** Marinaro Laura**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
D016	Partecipazione alla costituzione di un gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	20%	20%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 2) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM) identificazione di un interlocutore	Relazione DG	1) Entro il 30/03/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati	20%	20%	20%	20%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	40%	40%	Coordinamento PLP e supporto alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025: Sviluppo azioni mirate e coordinamento per le strutture destinatarie coinvolte	Evidenza documentale	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	40%	40%	40%	40%
P129	Sistema di Sorveglianza Passi e Passi d'argento	20%	20%	Coordinamento dei Sistemi di Sorveglianza Passi e Passi d'argento con assegnazione interviste agli operatori del DP	Report annuale aziendale	Almeno il 95% delle interviste concordate con il Coordinamento regionale eseguite: PASSI (262 su 275) PASSI D'Argento (209 su 220)	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SC Medicina Legale**Direttore:** Romanazzi Francesco**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	20%	20%	20%
P140	Analisi organizzativa del servizio con proposte di modifica delle modalità erogative delle prestazioni (es. 1 settimana ad Alba e 1 settimana a Bra) e individuazione criteri per visite di invalidità a domicilio	20%	20%	Evidenza documentale entro 31/05/2025	Evidenza documentale	Presenza analisi al 31/05/2025	20%	20%	10%	10%
P141	Implementazione accertamento sugli atti secondo la normativa basata sulla semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap (articolo 29-ter DL 16 Luglio 2020 n.76)	20%	20%	Numero di accertamenti sul totale di richieste di accertamento	Evidenza documentale	Almeno il 5%	20%	20%	20%	20%
P142	Analisi nuova modalità organizzativa accertamento sugli atti rilascio certificati Maternità anticipata in collaborazione con S.S. Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali	20%	20%	Evidenza documentale entro 31/05/2025	Evidenza documentale	Entro il 31/05/2025	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	90%	90%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SC Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP)**Direttore:** Zito Salvatore**Coordinatore:** Maunero Anna Maria

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio) .	Evidenza documentale	minimo 5 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P130	Evento Formativo residenziale rivolto ai dipendenti ASL per favorire l'adozione di un corretto stile di vita durante ed al di fuori dell'orario di lavoro	20%	20%	Organizzazione evento formativo	Registro partecipanti	Evento realizzato entro il 31/12/2025, partecipazione volontaria	20%	20%	20%	20%
P129	Sistema di Sorveglianza Passi e Passi d'argento	20%	20%	Assegnazione interviste agli operatori sanitari dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione	Report annuale aziendale	Almeno il 95% delle interviste concordate con il Coordinamento regionale eseguite: PASSI (262 su 275) PASSI D'Argento (209 su 220)	20%	20%	20%	20%
P133	Progetto biennale per informatizzazione della gestione delle chiamate vaccinazioni pediatriche. Fase 1 per il 2025: raccolta del consenso privacy dei genitori e inserimento dei dati su Anagrafe Vaccinale Regionale (SIRVA). Fase 2 per 2026: avvio fase di invio informatizzato degli inviti vaccinali.	5%	5%	Predisposizione modulo di consenso privacy e distribuzione presso tutti gli ambulatori SISP, CUP e sito web del Servizio. Raccolta del consenso dei genitori all'utilizzo della loro e-mail e del numero di telefono per le finalità del progetto. Inserimento dei dati raccolti in	Evidenza documentale	Numero di consensi raccolti > 500.	5%	5%	5%	5%

ASL CN 2				SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno	
				Anagrafe Vaccinale Regionale (SIRVA).							
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%	10%
M095	Denunce Malattie Infettive PREMAL Rafforzare le conoscenze della normativa PREMAL e i tempi e modalità delle denunce di malattie infettive.	5%	5%	Collaborazione alla revisione/aggiornamento della procedura con Direzione Medica di Presidio	Evidenza documentale Verbale incontri	Entro il 30/06/2025	5%	5%	5%	5%	5%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione

Struttura: SSD Servizio Veterinario Area A – Sanità Animale

Direttore: Pitardi Danilo

Coordinatore: ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestività ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	19%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio) .	Evidenza documentale	minimo 5 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P134	Verifica biosicurezza Settore Avicolo stabilimenti ovaiole (maggior rischio Influenza Aviaria) con esclusione allevamenti familiari	15%	15%	compilazione Check list classyfarm >250 capi (presenti 11 allevamenti) Vetinfo controlli. Indicazioni Ministeriali.	Evidenza documentale/report Aggiornamento sistema informatico	100% raggiunto 70% non raggiunto Valori intermedi proporzione raggiungimento	15%	15%	15%	15%
P135	Identificazione e Registrazione aggiornamento anagrafiche Stabilimenti Suini (rischio PSA): e-mail, telefono, PEC, orientamento produttivo.	15%	15%	Compilazione scheda - Registrazione in Vetinfo Anagrafi, Evidenza in Arvet (presenti 70 allevamenti)	Evidenza registrazione sul sistema informatico e report	>80% raggiunto < 60% non raggiunto Valori intermedi proporzione raggiungimento	15%	15%	15%	15%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
P132	Rispetto dell'attività prevista dal piano integrato di sicurezza alimentare (PAISA) 2025	20%	20%	Effettuazione del numero di interventi previsti	Evidenza documentale Rendicontazione finale PAISA 2025	1)S/N	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	99%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SSD Servizio Veterinario Area B**Direttore:** Pitardi Danilo**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio).	Evidenza documentale	minimo 10 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P127	Uniformare i comportamenti e rendere coerenti le risposte all'utenza esterna in ambito di sicurezza alimentare e nutrizione. DGR 26-801 8.5 veterinaria e sicurezza alimentare V 1.1.1 Audit interni e verifica di efficacia in materia di controlli sulla sicurezza alimentare	20%	20%	Partecipare ad almeno un corso di formazione multidisciplinare con discussione di casi pratici	Formazione del 80% degli operatori	80% degli operatori formati	20%	20%	20%	20%
P136	Piano di monitoraggio delle lesioni sulle carcasse avicole, al fine di sviluppare una griglia di valutazione delle lesioni per il veterinario ispettore volta alla comprensione dell'origine delle stesse; se derivate da danni meccanici o da problemi di benessere animale durante la movimentazione dall'allevamento al macello	10%	10%	Operatività procedura nel III trimestre 2025	Evidenza documentale/report	1)Presentazione della procedura in riunione di Struttura entro il 30/09/2025 2) Report entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
P137	Campionamenti ufficiali; gestione delle temperature dall'operatore alimentare al laboratorio ufficiale	10%	10%	Aggiornamento della procedura di tracciatura del campione dal prelievo alla consegna nel III trimestre 2025	Evidenza documentale/report	Presentazione della procedura ai Servizi interessati nel corso della riunione del GRUPPO PAISA entro il 30/09/2025	10%	10%	10%	10%	
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%	
P132	Rispetto dell'attività prevista dal piano integrato di sicurezza alimentare (PAISA) 2025	10%	10%	Effettuazione del numero di interventi previsti	Evidenza documentale Rendicontazione finale PAISA 2025	1) S/N	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SSD Servizio Veterinario Area C**Direttore:** Dogliani Paola**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio) .	Evidenza documentale	minimo 5 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P127	Uniformare i comportamenti e rendere coerenti le risposte all'utenza esterna in ambito di sicurezza alimentare e nutrizione. DGR 26-801 8.5 veterinaria e sicurezza alimentare V 1.1.1 Audit interni e verifica di efficacia in materia di controlli sulla sicurezza alimentare	20%	20%	Partecipare ad almeno un corso di formazione multidisciplinare con discussione di casi pratici	Formazione del 80% degli operatori	80% degli operatori formati	20%	20%	20%	20%
P138	Sensibilizzazione degli stakeholder sul tema dell'antimicrobico resistenza; consegna documentazione a carattere divulgativo sulla problematica, allo scopo di responsabilizzare al corretto utilizzo degli antibiotici che rischiano di diventare inefficaci se utilizzati in modo non corretto	10%	10%	Consegna brochure informativa e intervento di formazione sulla antimicrobico resistenza animali da compagnia e animali da reddito in occasione degli interventi predisposti dal Ministero e Regione Piemonte sui piani di farmacosorveglianza	Evidenza documentale: indicazione sui controlli ufficiali dell'avvenuta consegna:	>80% raggiunto < 60% non raggiunto Valori intermedi proporzione raggiungimento	10%	10%	10%	10%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
P139	N°2 incontri formativi/anno per utenza con trattazione tematiche relative alla sicurezza della produzione/trasformazione (caseifici)	10%	10%	Svolgimento di due corsi, uno per ciascun semestre, finalizzati alla formazione di piccole imprese sul tema della prevenzione dei rischi legati alla produzione e trasformazione degli alimenti.	svolgimento dei 2 corsi	SI/NO	10%	10%	10%	10%
P132	Rispetto dell'attività prevista dal piano integrato di sicurezza alimentare (PAISA) 2025	10%	10%	Effettuazione del numero di interventi previsti	Evidenza documentale Rendicontazione finale PAISA 2025	1)S/N	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SSD Medicina Sportiva**Direttore:** Toselli Gianluca**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P129	Sistema di Sorveglianza Passi e Passi d'argento	20%	20%	Assegnazione interviste agli operatori sanitari dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione	Report annuale aziendale	Almeno il 95% delle interviste concordate con il Coordinamento regionale eseguite: PASSI (262 su 275) PASSI D'Argento (209 su 220)	20%	20%	20%	20%
P130	Evento Formativo residenziale rivolto ai dipendenti ASL per favorire l'adozione di un corretto stile di vita durante ed al di fuori dell'orario di lavoro	20%	20%	Organizzazione evento formativo	Registro partecipanti	Evento realizzato entro il 31/12/2025, partecipazione volontaria	20%	20%	20%	20%
P131	Collaborazione alla realizzazione di iniziative di sensibilizzazione all'attività fisica e corretti stili di vita rivolte alla popolazione ASLCN2 con sedi UNITRE	20%	20%	Partecipazione al progetto di promozione dell'invecchiamento attivo "Senior in azione"	Evidenza documentale	3 eventi sull'anno accademico 2024/2025	20%	20%	20%	20%
M031	Promozione della salute: sensibilizzazione	10%	10%	Iniziative di sensibilizzazione sui comportamenti a rischio: fumo, alcool, droghe, sovrappeso, diabete	Evidenza documentale	Interventi di sensibilizzazione in collaborazione con i principali EE.LL. > anno 2024 Interventi di sensibilizzazione in occasione di manifestazioni sportive/fieristiche/di promozione del territorio	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						Campagne di informazione specifiche					
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di Prevenzione**Struttura:** SC Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (S.Pre.Sal)**Direttore:** Calabretta Giuseppe**Coordinatore:** Corino Pietro

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
P126	Standardizzazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi di vigilanza integrata tra servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle attività che richiedono competenze congiunte	20%	20%	Potenziamento delle attività di vigilanza congiunta tra SIAN e SISP, SPRESAL e Serv. VETERINARI, per l'omogeneizzazione di procedure operative, l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei costi (ad esempio limitando il numero di operatori per servizio) .	Evidenza documentale	minimo 25 interventi congiunti	20%	20%	20%	20%
P128	Implementazione della cultura della sicurezza nel setting scolastico fornendo ai "nuovi" lavoratori strumenti che consentano di ampliare la conoscenza del fenomeno infortunistico e tecnopatologico per una gestione proattiva e partecipata della salute negli ambienti di lavoro	20%	20%	Corso "Conoscere per Prevenire", presente nel Catalogo Progetti Asl Cn2 2024/2025 – Scuole che Promuovono Salute, rivolto agli studenti del penultimo ed ultimo anno della Scuola Secondaria di II° grado, con particolare riferimento agli istituti tecnici e e/o professionali, sviluppato su moduli di due incontri per classe, di complessive 3 h, durante i quali vengono condivisi gli strumenti di prevenzione degli infortuni sul lavoro con particolare riferimento al progetto Dors/Asl "Storie d'Infortunio"	Evidenza documentale	Verranno formati tutti gli alunni delle scuole e delle classi che aderiscono al progetto	20%	20%	20%	20%
P129	Sistema di Sorveglianza Passi e Passi d'argento	20%	20%	Assegnazione interviste agli operatori sanitari dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione	Report annuale aziendale	Almeno il 95% delle interviste concordate con il Coordinamento regionale eseguite: PASSI (262 su 275) PASSI D'Argento (209 su 220)	20%	20%	20%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
P130	Evento Formativo residenziale rivolto ai dipendenti ASL per favorire l'adozione di un corretto stile di vita durante ed al di fuori dell'orario di lavoro	20%	20%	Organizzazione evento formativo	Registro partecipanti	Evento realizzato entro il 31/12/2025, partecipazione volontaria	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Servizio Legale**Direttore:** Spina Annamaria**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	20%	20%	20%
M071	Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente 2023-2025 PRRC	30%	30%	Adempimenti debito informativo SIMES Numero di azioni implementate secondo gli indicatori/standard definiti dal PRRC	Evidenza documentale	Azioni Implementate >90%	30%	30%	30%	30%
M072	Gestione procedimenti sanzionatori L. 35/96 2° sem. 2021 - e 1° sem 2022	30%	30%	Completamento pratiche Anno 2021 e 1° sem. 2022 Tenuta registri sanzionatori	Evidenza documentale	100%	30%	30%	30%	30%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Servizio Sociale Prof Aziendale**Direttore:** Lanfranco Francesca**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M085	Coordinamento della definizione di un percorso di accompagnamento in gravidanza per le donne a carico al Servizio Dipendenze Patologiche dell'ASL CN2	20%	20%	1) Definizione del percorso entro 30/09/2025 2) Attuazione azioni previste dal 01/10/2025	1) Evidenza documentale 2) n° donne seguite /gravide in carico al SERD nel 4° trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	20%	20%	20%	20%
M086	Coordinamento della definizione e stesura di un protocollo operativo per il parto in anonimato e i neonati non riconosciuti alla nascita	20%	20%	1) Definizione protocollo operativo entro 30/09/2025 2) Casi applicazione protocollo/n° neonati non riconosciuti alla nascita	1) Evidenza documentale 2) Applicazione dal IV trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	20%	20%	20%	20%
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	30%	30%	1) Stesura del percorso 2) Definizione di una procedura per l'identificazione di un amministratore di sostegno con il tribunale di Asti 3) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale (COT) 2) Evidenza documentale (Servizio Sociale) 3) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Definizione procedura con il tribunale di Asti entro il 30/06/2025 3) Attivazione nel secondo semestre	30%	30%	30%	30%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C = Peso comparto**

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Verifica, Vigilanza e Valutazione dell'Appropriatezza**Direttore:** Monchiero Luca**Coordinatore:** Gazzera Luigina

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M087	Adeguamento alle indicazioni della DD 1888/A2204A/2024 con Utilizzo check list nei sopralluoghi strutture di residenzialità anziani	20%	20%	Utilizzo chek list nei sopralluoghi	Evidenza documentale	1) Verbali di sopralluogo 2) Utilizzo check list = 100% sopralluoghi	20%	20%	20%	20%
M088	Controllo delle strutture per anziani disabili e attivazione di nuova modalità di verifica tramite commissione ridotta (3 membri anziché 5).	20%	20%	Ispezione del 30% delle strutture per disabili anziani (anziani disabili + socio educative) mediante commissione ridotta	Evidenza documentale	1) copertura del 100% delle strutture di anziani disabili (biennio 2025-2025) 2) anno 2025: 80% del totale delle strutture di anziani disabili controllate 3) anno 2025: 30% delle strutture complessive controllate da commissione ridotta	20%	20%	20%	20%
M089	Appropriatezza prescrittiva: collaborazione con Distretti e Servizio farmaceutico territoriale al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica secondo indicazioni della legge 425/96 - (rif. Vedi prot. ASL CN2 n. 7 del 2/1/2025)	10%	10%	Partecipazione alle riunioni di équipes congiunte nel I sem 2025 con aggiornamento sezione sito dedicata alle corrette modalità prescrittive a carico SSN Verifica appropriatezza prescrittiva (definire % controlli da effettuare su ricette da controllare)	Evidenza documentale	1) Aggiornamento sezioni dedicate sito aziendale entro 30/06/2025 2) Verbali riunioni équipes congiunta 3) Relazione Responsabile su Verbali UMAD	10%	10%	10%	10%
M090	Nuova Piattaforma Regionale della Residenzialità	20%	20%	Monitoraggio inserimento dati e documentazione utili per esecuzione sopralluoghi strutture socio sanitarie	Evidenza documentale	Scarico report periodici	20%	20%	20%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Medico Competente**Direttore:** Amandola Silvia**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M082	Coordinare il processo di vaccinazione antiinfluenzale del personale ospedaliero: arruolamento, ritiro e consegna ai reparti dei vaccini, verifica sull'esecuzione delle vaccinazioni, ritiro dei resi	10%	10%	Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
M079	Costruzione manuale / regolamento SGSL	10%	10%	1) Proposta manuale / regolamento SGSL entro il 30/09/2025 2) Approvazione manuale/ regolamento SGSL entro 31/12/2025	Evidenza documentale	1) SI/NO 2) SI/NO	10%	10%	10%	10%
M080	Collaborazione al corso di formazione sulla movimentazione dei pazienti	10%	10%	N° dipendenti formati / n° dipendenti da formare	Evidenza documentale	Almeno 75% dei dipendenti formati	10%	10%	10%	10%
A010	Collaborazione al progetto cefalee del centro cefalee ASLCN2 mediante studio PASCAL per l'individuazione dei fattori di rischio in corso di visite occupazionali, con invio successivo al centro cefalea dell'ASL	10%	10%	Raccolta dati per studio e invio al centro cefalee (durata studio 2025-2026 - invio 600 questionari complessivamente)	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
M083	Sensibilizzazione operatori ASL CN2 in corso di visite occupazionali sui programmi di promozione della salute attraverso attività di docenza ai corsi di formazione specifici proposti dall'azienda (ad esempio corso di formazione Benessere e	10%	10%	Distribuzione locandine relative a progetti formativi proposti da ASL CN2 e numero di corsi effettuati in qualità di docente a detti corsi	Relazione Direttore Dipartimento Prevenzione	1) 2 corsi di formazione effettuati (1 per semestre) 2) raccolta e invio dati relativi al censimento counselling sul fumo	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
	Movimento del Progetto Talenti Latenti)									
M084	Diversità e inclusione casi complessi. Coordinamento di un tavolo tecnico con RSPP, Amministrazione del Personale, DIPSA e DMP per: - la definizione di schede di idoneità per le diverse professioni, a seconda del profilo e del ruolo, da utilizzare per la compilazione dei giudizi di idoneità - la gestione dei piani di lavoro personalizzati per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo ISO 30415/2021	20%	20%	1) Redazione schede di idoneità condivise 2) Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Dal 01/07/2025	20%	20%	20%	20%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Affari Gen. E Segret. Organismi Collegiali**Direttore:** Rossini Tiziana**Coordinatore:** Baracco Silvia, Papili Paola

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
T151	Pubblicazioni Amministrazione Trasparente secondo griglia ANAC	10%	10%	Rispetto obblighi di pubblicazione per le sezioni di competenza	Pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente	100% pubblicazioni previste dalla griglia ANAC aggiornate	10%	10%	10%	10%
M073	Tipizzazione della corrispondenza in entrata e smistamento mediante flussi standard per tipologia, con contestuale revisione delle causali di trasmissione, al fine di individuare in modo univoco il responsabile del procedimento.	10%	10%	1) Numero di flussi documentali tipizzati 2) Numero di causali di trasmissione massimo 5	Evidenza documentale	1) Almeno 50 flussi documentali tipizzati 2) Massimo 5 causali di trasmissione	10%	10%	10%	10%
M076	Collaborazione al potenziamento della visibilità della ricerca clinica e dei progetti aziendali finanziati alla collettività. Inserimento di una sezione sul sito aziendale e divulgazione attraverso strumenti digitali e in eventi pubblici per garantire maggiore visibilità alla ricerca e ai progetti e potenziare l'attrattività dell'azienda.	10%	10%	Presenza sezione dedicata sul sito e organizzazione di almeno un evento pubblico di divulgazione nel 2025	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
M074	Revisione della procedura Data Breach	20%	20%	1) Coordinamento stesura della procedura 2) Revisione organigramma privacy con individuazione di un referente per ogni servizio	Relazione DA	1) entro il 31/12/2025 2) entro il 30/09/2025	20%	20%	20%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
P142	Analisi nuova modalità organizzativa accertamento sugli atti rilascio certificati Maternità anticipata in collaborazione con S.C. Medicina Legale	10%	10%	Evidenza documentale entro 31/05/2025	Evidenza documentale	Entro il 31/05/2025	10%	10%	10%	10%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	5%	5%	5%
M039	Ottimizzare l'efficienza dei servizi di supporto per massimizzare il tempo clinico e assistenziale dedicato ai pazienti	10%	10%	Istruzione operativa sintetica per la gestione delle comunicazioni tra operatori e tra operatore e utente	1) Evidenza documentale	1) Presentazione della proposta entro il 30/09/2025 2) Acquisizione/Installazione entro il 31/12/2025 compatibilmente con le disponibilità di bilancio	10%	10%	10%	10%
M078	Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del Volontariato	5%	5%	Presenza regolamento e costituzione tavolo di coordinamento	Evidenza documentale	S/N	5%	5%	5%	5%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SC Direzione delle Professioni Sanitarie**Direttore:** Contini Sabrina**Coordinatore:** Canta Luigina, Vernassa Anna, Mercurio Giancarlo, Zamuner Alessio

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M068	Introduzione monitoraggio PREMs e PROMs nei percorsi di cronicità in ospedale per: Malattia renale cronica - Scompenso cardiaco - BPCO	10%	10%	Definizione degli item di indagine, elaborazione di schede e cronoprogramma	Evidenza documentale	Entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
M080	Collaborazione al corso di formazione sulla movimentazione dei pazienti	5%	5%	N° dipendenti formati / n° dipendenti da formare	Evidenza documentale	Almeno 75% dei dipendenti formati	5%	5%	5%	5%
M038	Collaborazione a definire le competenze, comuni e specifiche, delle "Segreterie cliniche" ospedaliere e implementarne lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno	10%	10%	1) Definizioni competenze 2) Implementare lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno 3) Supporto amministrativo alle strutture sanitarie per uniformare le procedure	1) Evidenza documentale 2) n° Segreterie cliniche attivate / n° Segreterie cliniche da attivare 3) Evidenza documentale	1) Entro il 30/04/2025 2) Progressiva implementazione entro il 31/12/2025 (almeno 90%) 3) almeno 4 funzioni con procedure uniformate	10%	10%	10%	10%
I025	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	10%	10%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione del percorso nel secondo semestre	10%	10%	10%	10%
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	10%	10%	Coordinamento gruppo per 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
I022	Approccio al Fine vita	5%	5%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio (dirigenza + comparto) 2) Umanizzazione e sviluppo delle UOCP (dirigenza + comparto)	Report mensili	1) Sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Predisposizione percorso formativo e attivazione mobilità interna di 5 Infermieri	5%	5%	5%	5%	
M084	Diversità e inclusione casi complessi. Collaborazione di un tavolo tecnico con RSPP, Amministrazione del Personale, DIPSA e DMP per: - la definizione di schede di idoneità per le diverse professioni, a seconda del profilo e del ruolo, da utilizzare per la compilazione dei giudizi di idoneità - la gestione dei piani di lavoro personalizzati per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo ISO 30415/2021	5%	5%	1) Redazione schede di idoneità condivise 2) Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Dal 01/07/2025	5%	5%	5%	5%	
M120	Partecipazione al gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	5%	5%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	5%	5%	5%	5%	
M078	Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del Volontariato	5%	5%	Presenza regolamento e costituzione tavolo di coordinamento	Evidenza documentale	S/N	5%	5%	5%	5%	
M067	Partecipazione al gruppo per la gestione operativa degli "assi produttivi" e individuazione modalità di utilizzo efficiente e integrato delle risorse: posti letto, sale operatorie, ambulatori, pronto soccorso	5%	5%	1) Definizione gruppo per la gestione operativa degli assi produttivi 2) Riunione periodica del gruppo - partecipazione al 90% incontri 3) Definizione/riprogrammazione dei percorsi clinico-assistenziali con indicatori di misurazione (PREMs e PROMs) 4) Proposte di miglioramento/integrazione applicativi gestionali	Evidenza documentale	1) Formalizzazione entro il 30/04/2025 2) Verbali incontri (1 incontro/mese) 3) Presentazione set di indicatori alla Direzione entro il 30/06/2025 4) Invio report con indicatori percorso chirurgico/mensile	5%	5%	5%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
S094	Adozione sistema di tracciamento pazienti a rischio di allontanamento involontario con identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza	5%	5%	Collaborazione al gruppo si lavoro per: 1) Identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza 2) Formulazione di una proposta per l'acquisizione di un sistema di tracciamento	Evidenza documentale	1)Entro il 30/06/2025 2) Avvio procedura per l'acquisizione di un sistema di tracciamento entro il 31/12/2025	5%	5%	5%	5%	
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	5%	5%	Collaborazione al gruppo di lavoro per: 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della procedura entro il 30/09/2025	5%	5%	5%	5%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Progetti, Ricerca e Innovazione**Direttore:** Chiesa Giuliana**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
D016	Partecipazione alla costituzione di un gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	5%	5%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 2) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM), identificazione di un interlocutore	Relazione DG	1) Entro il 30/03/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati	5%	5%	5%	5%
M076	Potenziamento della visibilità della ricerca clinica e dei progetti aziendali finanziati alla collettività. Inserimento di una sezione sul sito aziendale e divulgazione attraverso strumenti digitali e in eventi pubblici per garantire maggiore visibilità alla ricerca e ai progetti e potenziare l'attrattività dell'azienda.	10%	10%	Presenza sezione dedicata sul sito e organizzazione di almeno un evento pubblico di divulgazione nel 2025	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
M077	Realizzazione di una procedura operativa standard (SOP) di safety in ambito di ricerca clinica per la gestione degli eventi avversi che possono verificarsi durante una sperimentazione clinica	10%	10%	Avvio procedura	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
M078	Costituzione Tavolo di Coordinamento del Volontariato	10%	10%	Presenza regolamento e costituzione tavolo di coordinamento	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M104	Valutare e e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	10%	1) Partecipazione al gruppo di Audit aziendale 2) Collaborazione all'analisi e individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Raccolta dati/prescrizioni MMG, PLS, SAI, Medici ospedalieri	1) Verbalni incontri 2) Evidenza Documentale 3) Applicazione del nuovo software, riduzione inappropriatezza 4) Predisposizione report di analisi e partecipazione agli audit con i prescrittori	1) Verbalni incontri 2) S/N 3) Riduzione richieste inappropriate su prestazioni selezionate 4) Evidenza documentale e verbali incontri	10%	10%	10%	10%	
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	5%	5%	5%	
M038	Collaborazione a definire le competenze, comuni e specifiche, delle "Segreterie cliniche" ospedaliere e implementarne lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno	5%	5%	1) Definizioni competenze 2) Implementare lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno 3) Supporto amministrativo alle strutture sanitarie per uniformare le procedure	1) Evidenza documentale 2) n° Segreterie cliniche attivate / n° Segreterie cliniche da attivare 3) Evidenza documentale	1) Entro il 30/04/2025 2) Progressiva implementazione entro il 31/12/2025 (almeno 90%) 3) almeno 4 funzioni con procedure uniformate	5%	5%	5%	5%	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	5%	5%	Collaborazione alla 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	5%	5%	5%	5%	
M067	Partecipazione al gruppo per la gestione operativa degli "assi produttivi" e individuazione modalità di utilizzo efficiente e integrato delle risorse: posti letto, sale operatorie, ambulatori, pronto soccorso	10%	10%	1) Definizione gruppo per la gestione operativa degli assi produttivi 2) Riunione periodica del gruppo - partecipazione al 90% incontri 3) Definizione/riprogrammazione dei percorsi clinico-assistenziali con indicatori di misurazione (PREMs e PROMs) 4) Proposte di miglioramento/integrazione applicativi gestionali	Evidenza documentale	1) Formalizzazione entro il 30/04/2025 2) Verbalni incontri (1 incontro/mese) 3) Presentazione set di indicatori alla Direzione entro il 30/06/2025 4) Invio report con indicatori percorso chirurgico/mensile	10%	10%	10%	10%	
M068	Introduzione monitoraggio PREMs e PROMs nei percorsi di cronicità in ospedale per: Malattia renale cronica - Scompenso cardiaco - BPCO	10%	10%	Definizione degli item di indagine, elaborazione di schede e cronoprogramma	Evidenza documentale	Entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025										Verduno
	Totale	100%	100%						100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Qualità, Risk Manag. Rel. Pubblico**Direttore:** Vero Luciano**Coordinatore:** Gorga Elena

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	19%
M081	Progettazione e realizzazione di almeno 2 eventi formativi su "Comunicazione eventi avversi"	20%	20%	1) n° corsi progettati 2) n° corsi effettuati	Evidenza documentale	Effettuazione almeno 2 corsi effettuati	20%	20%	20%	20%
M120	Partecipazione al gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	10%	10%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	10%	10%	10%	10%
M091	Collaborazione alla definizione di una procedura per la segnalazione degli incidenti e dei reclami e per la gestione degli avvisi di sicurezza, in materia di dispositivi medici, in ottemperanza alle indicazioni delle Linee di indirizzo in materia di Vigilanza Regionale sui dispositivi Medici	10%	10%	1) Adozione delibera di costituzione del gruppo di gestione degli incidenti, reclami e avvisi di sicurezza in materia di D.M. 2) Predisposizione procedura per la gestione degli incidenti e reclami 3) Predisposizione procedura per la gestione degli avvisi di sicurezza 4) Progettazione e realizzazione di 2 eventi formativi su "Comunicazione eventi avversi"	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Delibera entro il 30/04/2025 2) Adozione procedura per la gestione degli incidenti e reclami entro il 30/09/2025 3) Adozione procedura per la gestione degli avvisi di sicurezza entro il 31/12/2025 4) Almeno 2 corsi di formazione effettuati entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
S094	Adozione sistema di tracciamento pazienti con rischio di allontanamento involontario con identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza	10%	10%	1) Identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza 2) Formulazione di una proposta per l'acquisizione di un sistema di tracciamento	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Avvio procedura per l'acquisizione di un sistema di tracciamento entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
M046	Valutazione grado soddisfazione dell'utenza tramite questionario inerente: accoglienza, flessibilità orario visite, qualità informazioni ricevute, qualità assistenza medico infermieristica percepita (per la sola SC Rianimazione)	10%	10%	1) Preparazione modulistica informativa e questionario con relativa scala di valutazione 2) Raccolta dati dal 01/04/2025 al 31/10/2025 3) Analisi dei dati, preparazione relazione e individuazione delle eventuali modifiche da apportare alle procedure in essere	Evidenza Documentale	1) Entro 31/03/2025 2) 70% dei questionari restituiti/questionari distribuiti 3) Entro 31/12/2025 analisi dei dati e relazione finale	10%	10%	10%	10%
M078	Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del Volontariato	10%	10%	Presenza regolamento e costituzione tavolo di coordinamento	Evidenza documentale	S/N	10%	10%	10%	10%
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	10%	10%	1) Costituzione gruppo di lavoro 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della procedura entro il 30/09/2025	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	99%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SC Psicologia**Direttore:** Agnelli Ileana**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M069	Mantenimento e potenziamento attività Sportello di supporto psicologico per i Dipendenti (supporto emotivo e Bilancio di competenze)	20%	20%	Numero nuovi accessi nell'anno (almeno 50 nuovi accessi/anno)	Evidenza documentale	50 nuovi accessi anno	20%	20%	20%	20%
M070	Avvio di percorsi formativi per lo sviluppo di competenze relazionali e di coordinamento dei gruppi di lavoro	20%	20%	n° percorsi formativi avviati / n° percorsi richiesti	Evidenza documentale	90%	20%	20%	20%	20%
A013	Apertura nuovo ambulatorio "Area 16-21" sul disagio scuola e disagio relazionale, apertura sportello	30%	30%	1) Documentazione attestante la comunicazione dell'avvio dell'attività agli stake holder esterni 2) Presenza prestazioni psicologiche al target di utenza indicato 3) Elaborazione del progetto con le modalità di realizzazione	1) Evidenza documentale 2) Report di avvio dell'attività 3) Evidenza documentale	1) S/N 2) S/N 3) S/N	30%	30%	30%	30%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C =** Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Programmazione e Controllo**Direttore:** Dalmasso Simona Annamaria**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
M122	File F e File H: correzione errori tracciati e qualità flussi per quanto di competenza	20%	20%	Controllo periodico dei flussi	Relazione sulle attività di competenza e progressivo miglioramento della % di scostamento rispetto al I trim. 2025	S/N	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
D016	Coordinamento del gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	30%	30%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 2) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM)	Relazione DG	1) Entro il 30/03/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati	37,50%	37,50%	37,50%	37,50%
T150	Collaborazione al monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione suddiviso per prestazione e per primo accesso e totale	30%	30%	Creazione di un cruscotto di monitoraggio mensile dei volumi di prestazioni erogate in regime SSN vs regime ALPI	Report mensili alla D.G.	1) Costruzione di reportistica aggiornata secondo invii e restituzione del flusso ALPI entro il 30/06/2025 2) Segnalazione errori da flusso ALPI e riduzione % < 2%	37,50%	37,50%	37,50%	37,50%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C =** Peso comparto

Dipartimento: Servizi di staff**Struttura:** SS Serv. Prev. E Protezione**Direttore:** Nava Stefano**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M079	Costruzione manuale / regolamento SGSL	20%	20%	1) Proposta manuale / regolamento SGSL entro il 30/09/2025 2) Approvazione manuale/ regolamento SGSL entro 31/12/2025	Evidenza documentale	SI/NO	20%	20%	20%	20%
M080	1) Corso di formazione sulla movimentazione dei pazienti e repertorio 2) Censimento dispositivi di movimentazione pazienti	20%	20%	1) N° dipendenti formati / n° dipendenti da formare 2) Elenco dei dispositivi di movimentazione pazienti (n° inventario, collocazione, etc)	Evidenza documentale Relazione Direzione Sanitaria D'Azienda	1) Almeno 75% dei dipendenti formati 2) Trasmissione del censimento dei dispositivi per la movimentazione dei pazienti alla Direzione entro il 30/06/2025	20%	20%	20%	20%
P128	Implementazione della cultura della sicurezza nel setting scolastico fornendo ai "nuovi" lavoratori strumenti che consentano di ampliare la conoscenza del fenomeno infortunistico e tecnopatologico per una gestione proattiva e partecipata della salute negli ambienti di lavoro	20%	20%	Collaborazione al Corso "Conoscere per Prevenire", presente nel Catalogo Progetti Asl Cn2 2024/2025 – Scuole che Promuovono Salute, rivolto agli studenti del penultimo ed ultimo anno della Scuola Secondaria di II° grado, con particolare riferimento agli istituti tecnici e e/o professionali, sviluppato su moduli di due incontri per classe, di complessive 3 h, durante i quali vengono condivisi gli strumenti di prevenzione degli infortuni sul lavoro con particolare riferimento al progetto Dors/Asl "Storie d'Infortunio"	1 report entro termine anno scolastico 2024-2025 1 report entro il 31/12/2025	100% dei corsi di formazione rivolti alle classi delle scuole che aderiscono al progetto	20%	20%	20%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
M084	Diversità e inclusione casi complessi. Collaborazione di un tavolo tecnico con RSPP, Amministrazione del Personale, DIPSA e DMP per: - la definizione di schede di idoneità per le diverse professioni, a seconda del profilo e del ruolo, da utilizzare per la compilazione dei giudizi di idoneità - la gestione dei piani di lavoro personalizzati per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo ISO 30415/2021	20%	20%	1) Redazione schede di idoneità condivise 2) Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Dal 01/07/2025	20%	20%	20%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line**Struttura:** SC Servizi Tecnici**Direttore:** Bianco Ferruccio**Coordinatore:** Calta Gianfranco

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	20%	20%	20%
M101	Rispetto del crono programma per la realizzazione delle CdC/OdC, delle ristrutturazioni e riqualificazioni energetiche degli immobili a seguito delle assegnazioni dei finanziamenti, ivi compresa la collaborazione al riordino degli spazi nel periodo dei lavori. Quanto sopra anche orientando i progetti al miglioramento del benessere ambientale.	20%	20%	Evidenza documentale e sostanziale del rispetto delle finalità e dei crono programmi condivisi con Regione e con la Direzione Generale Aziendale	Completamento delle varie fasi (processo per l'ottenimento finanziamento, progettazione, conseguimento autorizzazioni, affidamento lavori, esecuzione lavori – liquidazione - collaudi, rendicontazioni)	S/N	20%	20%	20%	20%
T151	Pubblicazioni Amministrazione Trasparente secondo griglia ANAC	10%	10%	Rispetto obblighi di pubblicazione per le sezioni di competenza	Pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente	100% pubblicazioni previste dalla griglia ANAC aggiornate	10%	10%	10%	10%
S094	Adozione sistema di tracciamento pazienti a rischio di allontanamento involontario con identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza	10%	10%	1) Identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza 2) Adozione sistema di tracciamento	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Avvio procedura per l'acquisizione di un sistema di tracciamento entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	10%	10%	Collaborazione alla 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	10%	10%	10%	10%	
M124	Costituzione di un POCT Team (Point of Care Testing Team)	10%	10%	Collaborazione con il laboratorio di un POCT TEAM, per assicurare che i risultati dei test POCT siano accurati e conformi agli standard del laboratorio centrale, effettuando calibrazioni, controlli e manutenzioni regolari.	Evidenza documentale	Entro il 30/06/2025 Avvio controlli entro il secondo semestre in ospedale	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line

Struttura: SC Logistica, Patrimonio, Serv. E Acquis

Direttore: Raiteri Maria f.f.

Coordinatore: Monchiero Felicita, Vaira Daniela, Venezia Antonella

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	20%	20%	20%
T151	Pubblicazioni Amministrazione Trasparente secondo griglia ANAC e adempimenti previsti nel PIAO 2025-2027	5%	5%	Rispetto obblighi di pubblicazione per le sezioni di competenza e invio reportistica interna	1) Pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente 2) Invio monitoraggi previsti nel PIAO 2025-2027	1) 100% pubblicazioni previste dalla griglia ANAC aggiornate 2) Trasmissione report periodici agli interlocutori interni	5%	5%	5%	5%
M101	Rispetto del crono programma per la realizzazione delle CdC/OdC, delle ristrutturazioni e riqualificazioni energetiche degli immobili a seguito delle assegnazioni dei finanziamenti, ivi compresa la collaborazione al riordino degli spazi nel periodo dei lavori. Quanto sopra anche orientando i progetti al miglioramento del benessere ambientale.	10%	10%	Evidenza documentale e sostanziale del rispetto delle finalità e dei crono programmi condivisi con Regione e con la Direzione Generale Aziendale	Rispetto del crono programma in termini di competenza: pubblicazione gare	S/N	10%	10%	10%	10%
M099	Pieno utilizzo Software AMCO	10%	10%	N° contratti gestiti Percentuale errori da flussi regionali	Evidenza documentale Flussi regionali	1) 80% 2) <1%	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M100	Rispetto tempi procedimenti amministrativi	10%	10%	Gare attivate/gare aggiudicate	Evidenza documentale	80%	10%	10%	10%	10%	10%
M039	Ottimizzare l'efficienza dei servizi di supporto per massimizzare il tempo clinico e assistenziale dedicato ai pazienti	5%	5%	Analisi e proposta di acquisizione condivisa con la S.C. Informatica di un sistema di ticketing per la gestione delle richieste inviate all'Economato con monitoraggio dei tempi di risposta	1) Evidenza documentale 2) Rilascio applicativo	1) Presentazione della proposta entro il 30/09/2025 2) Acquisizione/Installazione entro il 31/12/2025 compatibilmente con le disponibilità di bilancio	5%	5%	5%	5%	5%
M036	Supporto alla ristorazione interna	5%	5%	Verifica e controlli a campione presso: 1) Cucina Verduno 2) Reparti Verifica su corrispondenza vassoio richiesto e distribuito, temperature, gradibilità, scarti dai vassoi	Evidenza documentale	1) Cucina: una verifica a trimestre 2) Reparti: Almeno una visita a semestre	5%	5%	5%	5%	5%
A014	Analisi e individuazione programma per la gestione del parco macchine	5%	5%	1) Presenza di un'analisi degli applicativi disponibili entro il 30/06/2025 2) Presentazione proposta condivisa entro il 30/09/2025	Evidenza documentale	1) entro il 30/06/2025 2) entro il 30/09/2025	5%	5%	5%	5%	5%
M102	Revisione, ottimizzazione e riorganizzazione dei sistemi di stampa	10%	10%	Scrittura del progetto ed eventuale predisposizione del capitolato tecnico per la procedura di acquisizione (a invarianza di costi)	Evidenza documentale	Progetto definito entro il 31/12/2025 =100% No progetto = 0%	10%	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line**Struttura:** SC Amministrazione del Personale**Direttore:** Nervo Maura f.f.**Coordinatore:** Almondo Silvana, Davico Giovanni, Saracco Monica

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica Performance individuale	Relazione DG Evidenza documentale	1)S/N 2) Creazione schede entro Aprile 2025	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
M075	Costituzione Comitato scientifico di ricerca - innovazione e formazione	10%	10%	Adozione delibera di costituzione del Comitato scientifico di ricerca-innovazione e formazione entro il 30/09/2025	Evidenza documentale	S/N	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
M011	Recupero tempi di attesa mediante gestione operativa prestazioni aggiuntive	10%	10%	Monitoraggio mensile delle prestazioni SSN finanziate con fondi per recupero liste (numero e spesa)	Report mensili alla D.G.	Rispetto tetto di spesa e volumi di prestazioni assegnati alle strutture	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
T150	Monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione suddiviso per prestazione e per primo accesso e totale	10%	10%	Collaborazione al monitoraggio mensile delle prestazioni PNGLA erogate in regime SSN vs regime ALPI	Valutazione Direzione Amministrativa d'Azienda	Tempestiva segnalazione casi di mancato rispetto equilibrio volumi prestazioni erogate in ALPI vs quelle erogate in SSN	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia. Iniziative di sensibilizzazione sui	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5,56%	5,56%	5,56%	5,56%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
				comportamenti a rischio: fumo, alcool, sovrappeso, diabete						
M084	Diversità e inclusione casi complessi. Collaborazione di un tavolo tecnico con RSPP, Amministrazione del Personale, DIPSA e DMP per: - la definizione di schede di idoneità per le diverse professioni, a seconda del profilo e del ruolo, da utilizzare per la compilazione dei giudizi di idoneità - la gestione dei piani di lavoro personalizzati per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo ISO 30415/2021	5%	5%	1) Redazione schede di idoneità condivise 2) Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Dal 01/07/2025	5,56%	5,56%	5,56%	5,56%
M097	Regolamentare l'orario di lavoro al fine di agevolare, con criteri di chiarezza e trasparenza, la performance organizzativa, garantendo i diritti e i doveri dei dipendenti e una efficace ed efficiente programmazione delle prestazioni, tutelando nel contempo i bisogni del personale dipendente.	10%	10%	elaborazione progetto con le modalità di realizzazione (evidenza documentale)	Evidenza documentale	1) Entro 30/09/2025 2) Presentazione ai sindacati 3) Approvazione entro il 31/12/2025	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
M098	Sviluppo dell'empowerment aziendale processo di rafforzamento delle capacità e delle competenze comportamentali e delle soft skill dei Direttori di S.C./ S.S.D./ S.S. e di coloro che ricoprono ruoli di coordinamento al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, la soddisfazione dei pazienti e l'efficienza complessiva dell'organizzazione.	10%	10%	presenza prestazioni psicologiche al target di utenza indicato (evidenza documentale, reportistica)	Evidenza documentale	>80% dei valutatori al percorso formativo	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line**Struttura:** SC Servizi di Accettazione e Front Office**Direttore:** Pedussia Andrea**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica - Rispetto obblighi di pubblicazione Sezione Amministrazione Trasparente secondo la previsione conferenza stato regione 25/01/2024 - Attivazione circuito PagoPA	Relazione DG	1) S/N 2) S/N obblighi rispettati 3) Pagamenti PagoPA >= 80% pagamenti totali	20%	20%	20%	20%
M011	Recupero tempi di attesa mediante gestione operativa prestazioni aggiuntive	10%	10%	Monitoraggio mensile delle prestazioni SSN finanziate con fondi per recupero liste (numero e spesa)	Report mensili alla D.G. e alle Strutture	Rispetto tetto di spesa e volumi di prestazioni assegnati alle strutture	10%	10%	10%	10%
T150	Monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione suddiviso per prestazione e per primo accesso e totale	10%	10%	Monitoraggio mensile dei volumi di prestazioni PNGLA erogati in regime SSN vs regime ALPI	Report mensili alla D.G.	Tempestiva segnalazione casi di mancato rispetto equilibrio volumi prestazioni erogate in ALPI vs quelle erogate in SSN	10%	10%	10%	10%
M038	Coordinare la definizione delle competenze, comuni e specifiche, delle "Segreterie cliniche" ospedaliere e implementare lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno	10%	10%	1) Definizioni competenze 2) Implementare lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno 3) Supporto amministrativo alle strutture sanitarie per uniformare le procedure	1) Evidenza documentale 2) n° Segreterie cliniche attivate / n° Segreterie cliniche da attivare 3) Evidenza documentale	1) Entro il 30/04/2025 2) Progressiva implementazione entro il 31/12/2025 (almeno 90%) 3) almeno 4 funzioni con procedure uniformate	10%	10%	10%	10%
M104	Valutare e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	10%	1) Partecipazione al nuovo gruppo di Audit aziendale 2) Analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Raccolta dati/prescrizioni MMG, PLS, SAI, Medici ospedalieri e invio reportistica e audit	1) Verbalì incontri 2) Evidenza Documentale 3) Predisposizione report di analisi e partecipazione agli audit con i prescrittori	1) Verbalì incontri 2) S/N 3) Evidenza documentale e verbalì incontri	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
P133	Progetto biennale per informatizzazione della gestione delle chiamate vaccinazioni pediatriche. Fase 1 per il 2025: raccolta del consenso privacy dei genitori e inserimento dei dati su Anagrafe Vaccinale Regionale (SIRVA). Fase 2 per 2026: avvio fase di invio informatizzato degli inviti vaccinali.	5%	5%	Collaborazione alla distribuzione del modulo di consenso privacy per nuovi nati in occasione scelta PLS, presso sportelli CUP	Evidenza documentale	Numero di consensi raccolti >500.	5%	5%	5%	5%	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	10%	10%	Coordinamento gruppo per 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Spostare Geco (elimina code di AMOS) 2) Cronoprogramma definito 3) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro il 31/03/2025 Ge.Co. eliminazione 2) Entro 30/06/2025 3) S/N dal 2° semestre 2025	10%	10%	10%	10%	
D016	Partecipazione alla costituzione di un gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	5%	5%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 2) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM)identificazione di un interlocutore	Relazione DG	1) Entro il 30/03/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati	5%	5%	5%	5%	
M120	Partecipazione al gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	5%	5%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	5%	5%	5%	5%	
M067	Partecipazione al gruppo per la gestione operativa degli "assi produttivi" e individuazione modalità di utilizzo efficiente e integrato delle risorse: posti letto, sale operatorie, ambulatori, pronto soccorso	5%	5%	1) Definizione gruppo per la gestione operativa degli assi produttivi 2) Riunione periodica del gruppo - partecipazione al 90% incontri 3) Definizione/riprogrammazione dei percorsi clinico-assistenziali con indicatori di misurazione 4) Proposte di miglioramento/integrazione applicativi gestionali	Evidenza documentale	1) Formalizzazione entro il 30/04/2025 2) Verbalì incontri (1 incontro/mese) 3) Presentazione set di indicatori alla Direzione entro il 30/06/2025 4) Invio report con indicatori percorso chirurgico/mensile	5%	5%	5%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
E021	Recupero crediti	10%	10%	1)Ridurre l'entità delle prestazioni per le quali il ticket non viene pagato in concomitanza con l'erogazione della prestazione, richiedendo pertanto l'avvio della procedura di recupero crediti. 2) Corretta rendicontazione nei flussi regionali (da C4 a C) delle prestazioni erogate in precovero nel caso di rinuncia all'intervento volontaria del paziente	Reportistica SAFO	1)Ridurre al 10% il numero di ticket non pagati prima dell'erogazione della prestazione 2)100% rendicontato in C con richiesta ticket	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line**Struttura:** SC Informatica, Telecomunicazioni e S.I.**Direttore:** Viglino Fabrizio**Coordinatore:** Masoero Alberto

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica - Attivazione order entry per consulenze e prestazioni per interni - Attivazione integrazione O4C con Armonia - Collaborazione alla redazione del protocollo operativo per parto in anonimato e neonati non riconosciuti alla nascita entro il 31/12/2025	Relazione DG	1) S/N 2) Attivazione Order Entry entro giugno 2025 3) Attivazione integrazione O4C con Armonia entro luglio 2025 3) Entro il 31/12/2025	20%	20%	20%	20%
D016	Partecipazione alla costituzione di un gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	10%	10%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 4) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM) 5) Agevolare la costruzione di reportistica riguardante: Attività libero professionale e vigilanza come da DGR 16-817/2025	Relazione DG	1) Entro il 30/04/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati 5) Collaborazione a fornire fonti dati	10%	10%	10%	10%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	10%	10%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
M102	Revisione, ottimizzazione e riorganizzazione sistemi di stampa	10%	10%	Scrittura progetto ed eventuale predisposizione capitolato tecnico per procedura acquisizione (a invarianza di costi)	Evidenza documentale	Progetto definito entro il 31/12/2025 =100% No progetto = 0%	10%	10%	10%	10%
M039	Ottimizzare l'efficienza dei servizi di supporto per massimizzare il tempo clinico e assistenziale dedicato ai pazienti	10%	10%	Analisi e proposta di acquisizione condivisa con la S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti di un sistema di ticketing per la gestione delle richieste inviate all'Economato con monitoraggio dei tempi di risposta	1) Evidenza documentale 2) Rilascio applicativo	1) Presentazione della proposta entro il 30/09/2025 2) Acquisizione/Installazione entro il 31/12/2025 compatibilmente con le disponibilità di bilancio	10%	10%	10%	10%
M120	Partecipazione al gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	10%	10%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	10%	10%	10%	10%
A012	Analisi con Ss Affari Gen. E Segret. Organismi Collegiali degli obblighi di conservazione dei referti (comprese le immagini) relativi a prestazioni ambulatoriali, di sala operatoria, di emodinamica, etc...	10%	10%	1) Predisposizione di un'analisi normativa e di fattibilità/sostenibilità tecnico-economica della conservazione digitale dei referti contenenti immagini entro il 30/09/2025 2) Presentazione di una proposta alla Direzione Generale entro il 31/12/2025	Evidenza documentale	1) Analisi entro il 30/09/2025 2) Proposta entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
A014	Analisi e individuazione programma per la gestione del parco macchine	10%	10%	1) Presenza di un'analisi degli applicativi disponibili entro il 30/06/2025 2) Presentazione proposta condivisa entro il 30/09/2025	Evidenza documentale	1) entro il 30/06/2025 2) entro il 30/09/2025	10%	10%	10%	10%
M074	Revisione della procedura Data Breach	10%	10%	1) Partecipazione alla stesura della procedura 2) Revisione organigramma privacy con individuazione di un referente per ogni servizio	Relazione DA	1) entro il 31/12/2025 2) entro il 30/09/2025	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi amministrativi di line**Struttura:** SC Bilancio e Contabilità**Direttore:** Sola Lorenzo**Coordinatore:** Sapetti Claudia, Bongiovì Rosalba

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
T150	Monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione suddiviso per prestazione e per primo accesso e totale	10%	10%	Collaborazione al monitoraggio mensile delle prestazioni PNGLA erogate in regime SSN vs regime ALPI	Valutazione Direzione Amministrativa d'Azienda	Tempestiva segnalazione casi di mancato rispetto equilibrio volumi prestazioni erogate in ALPI vs quelle erogate in SSN	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Verifica del rispetto dei budget di servizio assegnati con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore Amministrativo d'Azienda	S/N	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
T151	Pubblicazioni Amministrazione Trasparente secondo griglia ANAC	10%	10%	Rispetto obblighi di pubblicazione per le sezioni di competenza	Pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente	100% pubblicazioni previste dalla griglia ANAC aggiornate	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
M103	Implementazione pagamenti attraverso PagoPA	20%	20%	Attivazione circuito PagoPA	Report	Pagamenti PagoPA >= 80% pagamenti totali (valutazione dell'obiettivo limitatamente alle transazioni del mese di dicembre 2025)	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno		
M122	File F e File H: correzione errori tracciati e qualità flussi per quanto di competenza	10%	10%	Controllo periodico dei flussi	Relazione sulle attività di competenza e progressivo miglioramento della % di scostamento rispetto al I trim. 2025	S/N	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
D016	Partecipazione alla costituzione di un gruppo di pianificazione e analisi statistica per individuare i bisogni di salute e valutare gli esiti	10%	10%	1) Costituzione gruppo di lavoro sulla mobilità passiva ricoveri e ambulatoriale intra-regionale 2) Identificazione metodologia di analisi che garantisca l'attendibilità e la riproducibilità dei risultati 3) Strutturazione di base dati condivisa 2) Presentazione dei risultati agli incontri mensili manageriali (IgM) identificazione di un interlocutore	Relazione DG	1) Entro il 30/03/2025 2) Collaborazione all'analisi metodologica 3) Collaborazione alla costruzione della base dati 4) Collaborazione alla presentazione trimestrale dei dati	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi sanitari di line**Struttura:** SC Direzione Medica di Presidio**Direttore:** Poglio Anna f.f.**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M086	Collaborazione alla definizione e stesura di un protocollo operativo per il parto in anonimato e i neonati non riconosciuti alla nascita	5%	5%	1) Definizione protocollo operativo entro 30/09/2025 2) Casi applicazione protocollo/n° neonati non riconosciuti alla nascita	1) Evidenza documentale 2) Applicazione dal IV trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	5%	5%	5%	5%
M068	Introduzione monitoraggio PREMs e PROMs nei percorsi di cronicità in ospedale per: Malattia renale cronica - Scompenso cardiaco - BPCO	5%	5%	Definizione degli item di indagine, elaborazione di schede e cronoprogramma	Evidenza documentale	Entro il 31/12/2025	5%	5%	5%	5%
I022	Approccio al Fine vita	5%	5%	Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio	Report mensili	Sviluppo del percorso entro il 30/09/2025	5%	5%	5%	5%
M084	Diversità e inclusione casi complessi. Collaborazione di un tavolo tecnico con RSPP, Amministrazione del Personale, DIPSA e DMP per: - la definizione di schede di idoneità per le diverse professioni, a seconda del profilo e del ruolo, da utilizzare per la compilazione dei giudizi di idoneità - la gestione dei piani di lavoro personalizzati per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo ISO 30415/2021	5%	5%	1) Redazione schede di idoneità condivise 2) Applicazione del protocollo di gestione	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Dal 01/07/2025	5%	5%	5%	5%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M104	Valutare e e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	5%	5%	1) Partecipazione al gruppo di Audit aziendale 2) Collaborazione all'analisi e individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Collaborazione alla raccolta dati prescrizioni Medici ospedalieri e organizzazione audit	1) Verbali incontri 2) Evidenza Documentale 3) Organizzazione di audit con i prescrittori	1) Verbali incontri 2) S/N 3) Evidenza documentale	5%	5%	5%	5%	
M032	Efficientamento dei tempi: 1) di boarding e 2) di permanenza in P.S. con e senza OBI	5%	15%	1) Data e ora di dimissione dal PS - data e ora di accesso al PS/ n° di accessi al PS 2) n° pazienti non ricoverati / n° pazienti con assegnazione lettino	Flussi informativi regionali	<= 6 ore <10%	5%	15%	5%	15%	
M093	Programmazione riconversione LABSI	5%	5%	1)Identificazione referenti, modalità, tempistiche e spazi per garantire smantellamento LABSI e apertura RIA 2) Stesura procedura	1)Verbali incontri 2) Evidenza documentale	1) Elenco Verbali incontri 2) Procedura Specifica entro il 30/09/2025	5%	5%	5%	5%	
M078	Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del Volontariato	5%	5%	Presenza regolamento e costituzione tavolo di coordinamento	Evidenza documentale	S/N	5%	5%	5%	5%	
S094	Adozione sistema di tracciamento pazienti con rischio di allontanamento involontario con identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza	5%	0%	1) Identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza 2) Formulazione di una proposta per l'acquisizione di un sistema di tracciamento	Evidenza documentale	1)Entro il 30/06/2025 2) Avvio procedura per l'acquisizione di un sistema di tracciamento entro il 31/12/2025	5%	0%	5%	0%	
M067	Coordinamento gruppo per la gestione operativa degli "assi produttivi" e individuazione modalità di utilizzo efficiente e integrato delle risorse: posti letto, sale operatorie, ambulatori, pronto soccorso	5%	5%	1) Definizione gruppo per la gestione operativa degli assi produttivi 2) Riunione periodica del gruppo - partecipazione al 90% incontri 3) Definizione/riprogrammazione dei percorsi clinico-assistenziali con indicatori di misurazione 4) Proposte di miglioramento/integrazione applicativi gestionali	Evidenza documentale Verbale incontri	1) Formalizzazione entro il 30/04/2025 2) Verbali incontri (1 incontro/mese) 3) Presentazione set di indicatori alla Direzione entro il 30/06/2025 4) Invio report con indicatori percorso chirurgico/mensile	5%	5%	5%	5%	
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	5%	5%	1) Collaborazione al gruppo di lavoro 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della	5%	5%	5%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						procedura entro il 30/09/2025					
M095	Denunce Malattie Infettive PREMAL Rafforzare le conoscenze della normativa PREMAL e i tempi e modalità delle denunce di malattie infettive.	5%	5%	1)Revisione/Aggiornamento della procedura con la collaborazione del SISP 2) Organizzazione di incontri formativi prioritariamente per il personale del Pronto Soccorso	Evidenza documentale Verbale incontri	1)Entro il 30/04/2025 2) 2 incontri entro la fine dell'anno	5%	5%	5%	5%	
M096	Implementazione uso antisettici e disinfettanti, a seguito della conclusione della gara regionale sui nuovi antisettici e disinfettanti	5%	5%	1)Incontri formativi 2) Miglioramento dei consumi di antisettici e gel idroalcolico	Evidenza documentale Verbale incontri	1) Verbalì incontri 2) Aumento dei consumi di gel idroalcolico rispetto al 2024	5%	5%	5%	5%	
M038	Collaborazione a definire le competenze, comuni e specifiche, delle "Segreterie cliniche" ospedaliere e implementarne lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno	5%	0%	1) Definizioni competenze 2) Implementare lo sviluppo in tutte le strutture di ricovero ordinario e in regime diurno	1) Evidenza documentale 2) n° Segreterie cliniche attivate / n° Segreterie cliniche da attivare	1) Entro il 30/04/2025 2) Progressiva implementazione entro il 31/12/2025 (almeno 90%)	5%	0%	5%	0%	
M120	Partecipazione al gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	5%	5%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	5%	5%	5%	5%	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	5%	5%	Collaborazione alla 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	5%	5%	5%	5%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Servizi sanitari di line**Struttura:** SC Farmacia Ospedaliera**Direttore:** Boffa Sara f.f.**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	22,2%	30,0%	22,2%	30,0%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	0%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	22,2%	10,0%	22,2%	10,0%
M091	Definizione di una procedura per la segnalazione degli incidenti e dei reclami e per la gestione degli avvisi di sicurezza, in materia di dispositivi medici, in ottemperanza alle indicazioni delle Linee di indirizzo in materia di Vigilanza Regionale sui dispositivi Medici	10%	0%	1) Adozione delibera di costituzione del gruppo di gestione degli incidenti, reclami e avvisi di sicurezza in materia di D.M. 2) Predisposizione procedura per la gestione degli incidenti e reclami 3) Predisposizione procedura per la gestione degli avvisi di sicurezza	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Delibera entro il 30/04/2025 2) Adozione procedura per la gestione degli incidenti e reclami entro il 30/09/2025 3) Adozione procedura per la gestione degli avvisi di sicurezza entro il 31/12/2025	11,1%	10,0%	11,1%	10,0%
M122	File F e File H: correzione errori tracciati e qualità flussi per quanto di competenza	10%	60%	Controllo periodico dei flussi	Relazione sulle attività di competenza e progressivo miglioramento della % di scostamento rispetto al I trim. 2025	S/N	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
M092	Elaborazione di un prontuario terapeutico dei dispositivi medici per la sala operatoria relativo ai materiali di competenza della Farmacia	20%	0%	1) Proposta prontuario 2) Approvazione prontuario	Evidenza documentale	Proposta prontuario entro il 30/09/2025	22,2%	10,0%	22,2%	10,0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M123	Identificare spazi e modalità organizzative per l'erogazione dei farmaci in DD presso la sede di Verduno in collaborazione con il gruppo "Spazi Verduno"	10%	0%	Identificare: - modalità di invio delle richieste - orari di apertura del servizio (garantire almeno due pomeriggi/settimana - spazi e modalità di rifornimento	Relazione Direttore Sanitario D'azienda	Presentazione proposte alla Direzione Sanitaria Aziendale entro 30/04/2025	11,1%	10,0%	11,1%	10,0%	
A015	Preparazione interna AVASTIN	10%	20%	Dal secondo semestre preparazione interna dell'AVASTIN	Report Farmacia	Dal 01/07/2025 diminuzione degli ordini di acquisto di AVASTIN	11,1%	30,0%	11,1%	30,0%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento materno infantile**Struttura:** SC Ostetricia - Ginecologia e Ginecologia Oncologica**Direttore:** Buda Alessandro**Coordinatore:** Casetta Patrizia (Ostetricia), Ferrero Monica (Ginecologia)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	21,05%	21,05%	20,00%	20,00%
M085	Collaborazione alla definizione di un percorso di accompagnamento in gravidanza per le donne a carico al Servizio Dipendenze Patologiche dell'ASL CN2	5%	5%	1) Definizione del percorso entro 30/09/2025 2) Attuazione azioni previste dal 01/10/2025	1) Evidenza documentale 2) n° donne seguite /gravide in carico al SERD nel 4° trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	5,26%	5,26%	5,26%	5,26%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	5%	0%	1)Efficientamento nell' utilizzo dei dispositivi medici 2) Utilizzo efficiente slot chirurgici	Report trimestrali	Rapporto spesa per D.M. / Ricavi da attività chirurgica anno 2025≤anno 2024 2) Rapporto interventi in robotica vs interventi con tecnica tradizionale (tecnico laparoscopia) 1:4	5,26%	0,00%	5,26%	0,00%
M086	Collaborazione alla definizione e stesura di un protocollo operativo per il parto in anonimato e i neonati non riconosciuti alla nascita	5%	5%	1) Definizione protocollo operativo entro 30/09/2025 2) Casi applicazione protocollo/n° neonati non riconosciuti alla nascita	1) Evidenza documentale 2) Applicazione dal IV trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	5,26%	5,26%	5,26%	5,26%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	10%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti)	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	10,53%	0,00%	10,53%	0,00%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
					M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.						
M030	Promozione della salute e sensibilizzazione all'adesione alle campagne di screening regionali	5%	5%	Rispetto del programma regionale screening	Report UVOS	Rispetto del numero prestazioni da programma screening (UVOS)	5,26%	5,26%	5,26%	5,26%	
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	5%	0%	Numero di parti cesarei primari su totale numero parti	Report mensili	< 15%	5,26%	0,00%	5,26%	0,00%	
M061	Appropriatezza regime assistenziale	5%	5%	Trasferimento interventi di isteroscopia operativa da CAC in regime ambulatoriale (nuovo sistema IBS Bigatti Shaver)	Flussi informativi	Trasferimento 20% interventi di isteroscopia operativa da CAC in regime ambulatoriale 68.12.1 - ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO 68.16.1 - BIOPSIA ENDOMETRIALE 68.23 - ABLAZIONE DELL'ENDOMETRIO 68.29.2 - ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	
M062	Monitoraggio delle pazienti chirurgiche con applicazione di GYNAPP	5%	0%	Implementazione casi e contenuti per le pazienti	Evidenza Documentale	Snellimento procedure con telemedicina, miglioramento QoL delle operate	5,26%	0,00%	5,26%	0,00%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M027	Flussi informativi regionali	10%	10%	1) Chiusura 95% delle SDO entro 15 giorni e correzione del 100% degli errori 2) Coerenza del 100% certificati CEDAP - SDO 3) Trasmissione 100% delle schede ISTAT degli aborti spontanei e IVG entro il 5 del mese successivo	Flussi informativi	1) 95%= raggiunto al 100% tra 90% - 94% = raggiunto al 50% < 90% = non raggiunto 2) 100% = raggiunto < 100%= non raggiunto 3) 100% = raggiunto < 100%= non raggiunto	10,53%	10,53%	10,53%	10,53%	
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	10%	0%	1) Numero di ricoveri + day surgery erogati nell'anno 2025 > del 2024 2) Rispetto tempi attesa ricoveri in classe B, C e D per i seguenti interventi: prolasso uterino (cod. diagnosi 618.), leiomioma (cod. diagnosi 218.)	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	1) Numero di ricoveri + day surgery 2025 > 2024 (+ 10%) 2) Miglioramento tempi attesa previsti 2025 verso 2024 per classe di complessità classe B: 60 gg classe C: 180 gg classe D: 12 mesi	10,53%	0,00%	5,27%	0,00%	
M034	Promozione di modelli di tipo organizzativo/assistenziale in cui la gravidanza e il Parto a Basso Rischio (BRO) siano gestiti in autonomia da personale ostetrico e infermieristico pediatrico	0%	10%	Stesura progetto	Evidenza documentale	Progetto entro il 31/12/2025	0,00%	10,53%	0,00%	10,53%	
I024	Apertura sede consultoriale casa della comunità di S.Stefano Belbo - Cortemilia - Canale a giorni alterni per tutti i giorni della settimana esclusi sabato-domenica e festivi	0%	10%	1) Progetto entro il 31/03/2025 2) Attivazione dal 01/04/2025	1) Evidenza documentale 2) Apertura agenda	1) Progetto entro il 31/03/2025 2) Numero di accessi	0,00%	10,53%	0,00%	10,53%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	10%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0,00%	10,53%	0,00%	10,53%	
S143	Simulazioni periodiche rivolte al personale del Blocco Parto (ginecologi, ostetriche, tecnici dell'assistenza) per il mantenimento /miglioramento delle competenze (skills individuali + lavoro in team) per la gestione delle emergenze ostetriche	5%	5%	1) n° personale (medici, ostetriche, tecnici di assistenza) del Blocco Parto/ n° personale (medici, ostetriche, tecnici di assistenza) del Blocco Parto che ha completato la formazione 2) n° incontri formativi programmati 3) rilevazione nel tempo dell'incidenza all'interno del Punto	1) Report formazione 2) Report Qualità e Risk Management	1) 90% del personale formato entro il 2025 2) mantenimento di incontri formativi a cadenza mensile 3) miglioramento della gestione delle complicanze ostetriche rare (es. crisi eclamptica, distocia di	5,26%	5,26%	5,26%	5,26%	

ASL CN 2				SCHEMA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025				Verduno		
				Nascita delle principali emergenze ostetriche		spalle, rottura d'utero) 4) migliore gestione delle emorragie postpartum (soprattutto emorragie gravi con perdita stimata > 1000cc)				
M040	Parto analgesia: 1) Formazione teorica e pratica sull'utilizzo della peridurale; 2) Definizione procedura aziendale per l'analgesia peridurale in travaglio di parto su casi selezionati per indicazione medica (induzioni di travaglio, pregressi tagli cesarei che desiderano partorire, morti endouterine) 3) Avvio dell'offerta di analgesia peridurale su casi selezionati dal 01/10/2025 e a regime dal 01/01/2026	5%	15%	1) n° personale medico e ostetrico del Blocco Parto formato / n° personale medico e ostetrico del Blocco Parto 2) n° tagli cesarei tagli cesarei con analgesia / n° totale cesarei 3) avvio attività parto analgesia su casi selezionati	1) Report formazione 2) Evidenza documentale 3) Flussi regionali	1) minimo 6 persone formate entro il 30/09/2025 2) Definizione della procedura entro il 31/10/2025 3) Avvio della parto analgesia dal 01/10/2025	5,26%	15,79%	3,51%	10,53%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	5%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 89261.* PRIMA VISITA GINECOLOGICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	5,26%	0,00%	4,41%	0,00%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
	Totale	100%	100%				100%	100%	91,07%	93,69%

(*) L'abbattimento dell'obiettivo D001 si intende applicato solamente al personale della S.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA e della S.S. CONSULTORIO. È invece raggiunto al 100% per il personale della SALA PARTO.

Raggiungimento Comparto S.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA: 93,69%

Raggiungimento Comparto S.S. CONSULTORIO: 93,69%

Raggiungimento Comparto SALA PARTO: 94,74%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento materno infantile**Struttura:** SC Pediatria**Direttore:** Guercio Enrico (fino al 30/09/2025) - Negro Ilaria (dal 01/10/2025)**Coordinatore:** Miscali Antonella (Gestione delle Risorse Professionali e Funzioni di Coordinamento Struttura Pediatrica)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M085	Collaborazione alla definizione di un percorso di accompagnamento in gravidanza per le donne a carico al Servizio Dipendenze Patologiche dell'ASL CN2	5%	5%	1) Definizione del percorso entro 30/09/2025 2) Attuazione azioni previste dal 01/10/2025	1) Evidenza documentale 2) n° donne seguite /gravide in carico al SERD nel 4° trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	5%	5%	5%	5%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	20%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% VPS: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	20%	0%	20%	0%
M086	Collaborazione alla definizione e stesura di un protocollo operativo per il parto in anonimato e i neonati non riconosciuti alla nascita	5%	5%	1) Definizione protocollo operativo entro 30/09/2025 2) Casi applicazione protocollo/n° neonati non riconosciuti alla nascita	1) Evidenza documentale 2) Applicazione dal IV trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	5%	5%	5%	5%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50%	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare					
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	20%	0%	NSG D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite. Codice 493.XX (tutti i tipi di asma) e Codice 008.6X, 008.8, 009.X, 558.9 (Gastroenterite) Età < 18 anni	Report mensili	Riduzione di 40 punti percentuale (valore rilevato 3° trim. 2024: 69%; media regionale 2023: 29%)	20%	0%	20%	0%	
M064	Definizione del percorso ambulatoriale per DCA Minori – Disturbi del Comportamento Alimentare e attivazione della presa in carico.	10%	10%	1) Aumento della presa in carico e delle prestazioni Ambulatoriali 2) Diminuzione della degenza media (casi DCA) della pediatria dal secondo semestre 2025	Presenza percorso ambulatoriale Flussi regionali	1) Definizione del percorso entro il 31/05/2025 e attivazione dal 01/06/2025 2) Diminuzione della degenza media Pediatria per i casi di DCA	10%	10%	10%	10%	
I023	Partecipazione alle attività consultoriali in tutte le case della comunità e ampliamento ambulatori infermieristici pediatrici per continuità delle cure in collaborazione con il pediatra di famiglia e ospedaliero	0%	25%	1) Stesura progetto 2) Attivazione dal 01/04/2024	1) Evidenza documentale 2) Agende e orari di apertura	1) Stesura progetto entro il 31/03/2025 2) Orari di apertura degli ambulatori infermieristici pediatrici 2025>2024	0%	25%	0%	25%	
M034	Promozione di modelli di tipo organizzativo/assistenziale in cui la gravidanza e il Parto a Basso Rischio (BRO) siano gestiti in autonomia da personale ostetrico e infermieristico pediatrico	0%	35%	Stesura progetto	Evidenza documentale	Progetto entro il 31/12/2025	0%	35%	0%	35%	
D153	Attivazione procedure sanitarie ricomprese nel progetto Digitalizzazione coerentemente col cronoprogramma relativo all'anno 2025	10%	0%	Utilizzo della procedura ESENPAT	Report CSI ESENPAT	Almeno 10 esenzioni inserite su ESENPAT	10%	0%	10%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
	Totale	100%	100%					100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento materno infantile**Struttura:** SC Neuropsichiatria Infantile**Direttore:** Colombi Elisa**Coordinatore:** Porro Alessandra

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	19%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	0%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	0%	20%	0%
M063	Facilitare l'accesso e l'engagement dei minori e delle famiglie in condizioni di fragilità ai percorsi di presa in carico territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile attraverso la costruzione di strumenti comunicativi facilitanti a supporto e guida dell'utenza, anche con risorse di telemedicina e digitalizzate (codici multimodali)	10%	10%	1) Definizione dei percorsi clinico assistenziali 2) Creazione di carta dei servizi di orientamento e accessibilità all'utenza	Presenza degli strumenti e avvio dell'utilizzo	1) Definizione dei percorsi dell'utenza (almeno 7 su 9) 2) Presentazione della carta dei servizi entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
M064	Definizione del percorso ambulatoriale per DCA Minori – Disturbi del Comportamento Alimentare e attivazione della presa in carico.	20%	30%	1) Aumento della presa in carico e delle prestazioni Ambulatoriali 2) Diminuzione della degenza media (casi DCA) della pediatria dal secondo semestre 2025	Presenza percorso ambulatoriale Flussi regionali	1) Definizione del percorso entro il 31/05/2025 e attivazione dal 01/06/2025 2) Diminuzione della degenza media Pediatria per i casi di DCA	20%	30%	20%	30%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa con diminuzione della mobilità passiva	30%	10%	1) Aumento n° delle prestazioni ambulatoriali 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni 3) Apertura agenda per EEG e visite NPI a CUP	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese	30%	10%	30%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
						PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare 3) Apertura agende per EEG e visita NPI a CUP entro 30/04/2025				
I158	Sviluppo di un modello di presa in carico territoriale - ospedaliera dei minori e delle famiglie in base ai profili di competenza e responsabilità delle professioni sanitarie	0%	30%	1) Definizione dei profili di competenza 2) Definizione del modello organizzativo	Evidenza documentale	1) Definizione dei profili di competenza per ogni percorso entro il 31/12/2025 2) Costruzione del modello organizzativo di consulenza professionale entro il 31/12/2025	0%	30%	0%	30%
	Totale	100%	100%				100%	100%	99%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**Direttore:** La Terra Maria Antonella**Coordinatore:** Tonti Gianluca

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica -Partecipazione PLP -Formazione per sicurezza	Relazione DG	1)S/N 2) S/N 3) registro formazione	22,23%	22,22%	22,23%	22,22%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	11,11%	0,00%	11,11%	0,00%
M030	Promozione della salute e sensibilizzazione all'adesione alle campagne di screening regionali	10%	10%	1) Rispetto del programma regionale screening 2) Rispetto tempi di attesa colonscopie di II livello	Report UVOS	1) Rispetto del numero prestazioni da programma screening (UVOS) 2) Rispetto dei tempi di attesa e aumento sedute 2025>2024	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	10%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	1) Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025 2) Prestazioni a pazienti ricoverati: < 72 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente all'ultimo bimestre 2025	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	10%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA: - 897.* PRIMA VISITA	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di	11,11%	11,11%	9,09%	9,09%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
				- 89.01.* VISITA DI CONTROLLO - 45.23. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - 45.23.1 ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA - 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]		prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare				
M053	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare del paziente disfagico	10%	30%	Collaborazione alla stesura del documento e attivazione del percorso	Evidenza documentale	1) Approvazione documento condiviso entro il 30/09/2025 2) Attivazione percorso entro il 31/12/2025	11,11%	33,34%	11,11%	33,34%
M052	Organizzazione e implementazione del servizio di eco-endoscopia digestiva nella diagnosi e gestione delle patologie benigne e maligne bileo-pancreatiche e del tratto gastro-enterico	20%	20%	n° di procedure eseguite in regime di RO-DS-AMBULATORIALE: - 44.19.3 ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE - 44.14.1 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE - 52.13 ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA - 52.14 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	Flussi informativi	n° prestazioni 2025>2024 (per ogni prestazione almeno >90% o produzione totale >100%)	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	10%	0%	Appropriatezza prescrittiva L04	Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale	Farmaci distribuiti: costo/DDD 2025 < costo/DDD 2024	11,11%	0,00%	11,11%	0,00%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
	Totale	100%	100%				100%	100%	97,98%	97,98%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare**Direttore:** Dalla Costa Cloè**Coordinatore:** Lenta Elena

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	25,00%	22,22%	23,75%	22,22%
M057	Implementazione del PSDTA per i pazienti affetti da obesità grave	20%	20%	n° pazienti con almeno una prestazione erogata nell'agenda dedicata - DT074 NUTRIZIONE CLINICA VERDUNO	Flussi informativi	n° pazienti 2025: +10% rispetto 2024 (1077 prestazioni, pazienti 569)	25,00%	22,22%	25,00%	22,22%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	10%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
M053	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare del paziente disfagico	10%	25%	Coordinamento alla stesura del documento e attivazione del percorso	Evidenza documentale	1) Approvazione documento condiviso entro il 30/09/2025 2) Attivazione percorso entro il 31/12/2025	12,50%	27,78%	12,50%	27,78%
M064	Definizione del percorso ambulatoriale per DCA Minori – Disturbi del Comportamento Alimentare e attivazione della presa in carico.	5%	10%	1) Aumento della presa in carico e delle prestazioni ambulatoriali 2) Diminuzione della degenza media (casi DCA) della S.C. Pediatria dal secondo semestre 2025	Presenza percorso ambulatoriale Flussi regionali	1) Definizione del percorso entro il 31/05/2025 e attivazione dal 01/06/2025 2) Diminuzione della degenza media S.C. Pediatria per i casi di DCA	6,25%	11,11%	6,25%	11,11%
M104	Valutare e e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	0%	1) Analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni di MMG, PLS, SAI e medici specialisti per: 897.* Prima visita 2) Elaborazione ed invio di un	Evidenza documentale Incontri con MMG	1) Analisi per il monitoraggio dell'appropriatezza 2) Almeno un incontro per Distretto e condivisione del	12,50%	0,00%	12,50%	0,00%

ASL CN 2				SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025				Verduno		
				modulo di verifica appropriatezza prescrizione ai MMG.		modulo di verifica dell'appropriatezza per le richieste di Prima visita: cod. 897.*				
M036	Supporto alla ristorazione interna	10%	10%	Verifica e controlli a campione presso: 1) Cucina Verduno 2) Reparti Verifica su corrispondenza vassoio richiesto e distribuito, temperature, gradibilità, scarti dai vassoi	Evidenzia documentale	1) Cucina: una verifica a trimestre 2) Reparti: Almeno una visita a semestre	12,50%	11,11%	12,50%	11,11%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	Obiettivo Sterilizzato	0,00%	Obiettivo Sterilizzato	0,00%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	6,25%	5,56%	6,25%	5,56%
	Totale	100%	100%				100%	100%	98,75%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Recupero e Riabilitazione**Direttore:** Rando Giancarlo (fino al 31/05/2025) - De Roberto Salvatore (f.f. dal 01/07/2025)**Coordinatore:** Zichi Massimiliano

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	25,00%	20%	25,00%	20%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%
M080	Collaborazione al corso di formazione sulla movimentazione dei pazienti	10%	10%	N° dipendenti formati / n° dipendenti da formare	Evidenza documentale	75%	12,50%	10%	12,50%	10%
M060	Integrazione e miglioramento dei percorsi clinici di riabilitazione	10%	20%	1) Uniformare i percorsi e la comunicazione tra gli operatori della struttura 2) Aumentare la soddisfazione del paziente riguardo alla continuità e alla qualità del trattamento e monitorare e 3) Ridurre i tempi di recupero dei pazienti in base alle linee guida stabilite (complessità dei trattamenti, setting, scale di valutazione e di misurazione degli obiettivi da perseguire)	Evidenza documentale	1) Stesura completa di almeno il 90% delle procedure previste 2) 70 % di feedback positivi (questionari) 3) -15% rispetto all'anno precedente	12,50%	20%	12,50%	20%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	10%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	1) Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025 2) Prestazioni a pazienti ricoverati: <	Obiettivo Sterilizzato	10%	Obiettivo Sterilizzato	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						48 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente all'ultimo bimestre 2025					
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	20%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: -987.* PRIMA VISITA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	25,00%	0%	23,02%	0%	
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	6,25%	5%	6,25%	5%	
M053	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare del paziente disfagico	10%	10%	Collaborazione alla stesura del documento e attivazione del percorso	Evidenza documentale	1) Approvazione documento condiviso entro il 30/09/2025 2) Attivazione percorso entro il 31/12/2025	12,50%	10%	12,50%	10%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	5%	5%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione del percorso nel secondo semestre	6,25%	5%	6,25%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
M035	Progettazione e implementazione modello riabilitativo e di recupero funzionale nelle persone assistite dalle strutture di degenza ospedaliere, nei 2 CAVS e al domicilio	0%	20%	1) Costituzione gruppi di lavoro con la DIPSA 2) Implementazione nel secondo semestre 2025	Evidenza documentale	100%	0,00%	20%	0,00%	20%
	Totale	100%	100%				100%	100%	98,02%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Malattie dell'Apparato Respiratorio**Direttore:** Indellicati Davide**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	0%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	0%	20%	0%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	10%	0%	10%	0%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	1) Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025 2) Prestazioni a pazienti ricoverati: < 72 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente all'ultimo bimestre 2025	10%	0%	10%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	20%	0%	1) Piani terapeutici Elettronici - Nota 99 2) Consumo di ossigeno liquido domiciliare	1) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale 2) Report periodici Farmacia Ospedaliera	1) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 99: < 39% 2) Ossigeno: quantità prescritta Ossigeno liquido per uso domiciliare 2025 <=2024	20%	0%	20%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M054	Percorso diagnostico sospetta malattia neoplastica polmonare	10%	0%	1)Visite CAS e compilazione schede infermieristiche 2) Apertura di agenda CAS toraco-polmonare	1) Flussi informativi 2) Evidenza documentale	1) n° prestazioni 2025>2024 2) S/N	10%	0%	10%	0%	
M055	Diagnosi e stadiazione dei tumori del polmone mediante prelievo di noduli periferici e del mediastino	10%	0%	Presenza di SDO con codifica 40.11 e 33.22	Flussi informativi	n° SDO con interventi (cod. 40.11 e 33.22): 2025>2024	10%	0%	10%	0%	
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	20%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.23 PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	20%	0%	18,63%	0%	
	Totale	100%	0%				100%	0%	98,63%	0%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Oncologia**Direttore:** Ortega Cinzia**Coordinatore:** Miscia Giulia

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025	10%	0%	10%	0%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	10%	0%	10%	0%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	10%	5%	10%
M059	Strutturazione percorso del paziente oncologico con insufficienza renale e creazione ambulatorio di Nefro-Oncologia	10%	10%	1) Definizione del percorso 2) Avvio attività congiunta di Nefro-Oncologia	1) Evidenza documentale 2) Flussi informativi	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione ambulatorio di Nefro-Oncologia entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	10%	0%	Rispetto delle indicazioni fornite dalla Farmacia Ospedaliera, farmaci oncologici: ATC L01EL - L01EX	Report trimestrale farmacia ospedaliera	Efficientamento della spesa per un importo pari al 50% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023 al netto dell'introduzione di nuove molecole)	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025							Verduno	
M058	Implementare l'utilizzo della telemedicina per ridurre il n° accessi per il controllo clinico delle terapie orali in pazienti selezionati	25%	0%	% visite effettuate in telemedicina/visite previste (pazienti in terapia orale)	Flussi informativi	Almeno 10% visite previste per i pazienti in terapia orale erogate in telemedicina (almeno 100 visite in telemedicina)	25%	0%	25%	0%
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	60%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	60%	0%	60%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.22 PRIMA VISITA ONCOLOGICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	10%	0%	9,85%	0%
	Totale	100%	100%				100%	100%	99,85%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Medicina Interna**Direttore:** Pomero Fulvio**Coordinatore:** Isoardi Ilaria (Medicina Interna)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M028	Riduzione degenza media	10%	5%	1) Disponibilità di P.L. per i ricoveri dal P.S. 2) GG medi di ricovero	1) Relazione bed manager 2) Flussi informativi	S/N Riduzione degenza media rispetto al 2024: 14,5 gg medi = 100% raggiungimento >14,5 gg medi <15,5 gg medi = 50% raggiungimento >15,5 gg medi = 0% raggiungimento	10%	5%	10%	5%
A008	Prestazioni PNGLA - Incremento produzione ecodoppler (TSA - Arti Superiori o Inferiori o Distrettuale, Arteriosa o Venosa)	5%	0%	Prestazioni 2025 > 2024: + 10% - 88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI - 88.77.4A ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A RIPOSO - 88.77.4B ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI VENOSO. A RIPOSO	Flussi informativi regionali	Prestazioni 2025 > 2024: + 10% per ogni singola prestazione = 100% raggiungimento Prestazioni 2025 > 2024: < 10% = 50% raggiungimento Prestazioni 2025 <= 2024: 0% raggiungimento	5%	0%	5%	0%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	5%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025	5%	0%	5%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	20%	0%	1) Appropriately prescrittiva immunoglobuline 2) Appropriately prescrittiva L04 3) Forniture terapie in dimissione dei farmaci ad alto costo (esclusi CAVS e deceduti)	Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale e Farmacia Ospedaliera	Ogni indicatore partecipa per un sesto del punteggio dell'obiettivo: 1) IG somministrati in regime ambulatoriale	20%	0%	20%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
				4) Piano Terapeutico Elettronico: Nota 97 e Nota 99 5) Consumo di Ossigeno liquido domiciliare 6) Contrasto alla antimicrobico resistenza		2025 < 2024 2) Farmaci distribuiti: costo/DDD 2025 < costo/DDD 2024 3) Fornitura primo ciclo di terapia ad almeno il 65% dei pz aventi diritto 4) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 97: < 19% - Nota 99: < 39% 5) Ossigeno: quantità prescritta Ossigeno liquido per uso domiciliare 2025 <= 2024 6) Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022					
M053	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare del paziente disfagico	10%	20%	Collaborazione alla stesura del documento e attivazione del percorso	Evidenza documentale	1) Approvazione documento condiviso entro il 30/09/2025 2) Attivazione percorso entro il 31/12/2025	10%	20%	10%	20%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	10%	0%	10%	0%	
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	5%	5%	5%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	30%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	30%	0%	30%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
I022	Approccio al Fine vita	5%	10%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio 2) Piano formativo sul Fine Vita	Evidenza documentale	1) Partecipazione allo sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Almeno 3 incontri informativi con partecipazione complessiva del 75% per il personale afferente alla struttura (esclusi gli OSS)	5%	10%	5%	10%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	5%	10%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione del percorso nel secondo semestre	5%	10%	5%	10%	
A156	Donazioni d'organo: sensibilizzazione degli operatori e della popolazione su donazioni d'organo e di cornee	5%	0%	1) Segnalazioni dei potenziali donatori di organi (PROC2 modificato) 2) Donatori di cornea calcolato sui decessi ospedalieri del 2024 tra i 5 e 75 anni compresi	Report centro regionale trapianti	1) > 40%: raggiunto >20% e < 40%: parzialmente raggiunto con applicazione di funzione lineare < 20%: non raggiunto 2) n. 14 cornee	5%	0%	5%	0%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area medica**Struttura:** SC Nefrologia e Dialisi**Direttore:** f.f. Neri Loris**Coordinatore:** Tortone Carla (Coordinamento Nefrologia), Allario Ada (Governo dei Percorsi Assistenziali Area Medica Nefrologia Dialisi Extracorporea)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M028	Riduzione degenza media	10%	10%	1) Disponibilità di P.L. per i ricoveri dal P.S. 2) GG medi di ricovero	1) Relazione bed manager 2) Flussi informativi	1) S/N 2) Mantenimento degenza 2024	10%	10%	10%	10%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	10%	0%	8,95%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025	10%	0%	10%	0%	
A009	Utilizzo della telemedicina (telecontrollo, teleassistenza, televisite, teleconsulto) per il follow up dei pazienti ambulatoriali seguiti in struttura (MAREA, Predialisi, Trapianto e Dialisi Peritoneale)	5%	5%	% pazienti seguiti in telemedicina Prestazioni effettuate in telemedicina	Flussi informativi	% pazienti trapiantati seguiti in telemedicina: >50% (n° pz trapiantati =108, standard atteso: registrazione di almeno un accesso per 60 pz) Prestazioni effettuate in telemedicina (personalizzazione del follow up) concordato piano di recupero da ott a dic: standard atteso: 240 televisite	5%	5%	0%	0%	
M056	Riduzione dei CVC per il trattamento dialitico cronico (significativamente superiore alla media regionale) in collaborazione con la S.S. Chirurgia Vascolare	10%	0%	% pazienti in HD cronica portatori di CVC	Evidenza documentale	Riduzione dei pazienti in HD cronica portatori di CVC (standard atteso 50%)	10%	0%	10%	0%	
M059	Strutturazione percorso del paziente oncologico con insufficienza renale e creazione ambulatorio di Nefro-Oncologia	10%	10%	1) Definizione del percorso 2) Avvio attività congiunta di Nefro-Oncologia	1) Evidenza documentale 2) Flussi informativi	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione ambulatorio di Nefro-Oncologia entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	10%	0%	10%	0%	
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	5%	5%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M035	Ridefinizione del modello assistenziale delle persone in dialisi peritoneale - valutazione dei bisogni dei caregiver ed erogazione di interventi a supporto	0%	50%	1) Definizione del modello assistenziale 2) Implementazione	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/06/2025 2) Implementazione nel secondo semestre	0%	50%	0%	50%	
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	10%	0%	Contrasto all'antimicrobico resistenza	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	10%	0%	10%	0%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	93,95%	95%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SC Urologia**Direttore:** Varvello Francesco**Coordinatore:** Brizio Ivana

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	19%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	20%	0%	1) Efficientamento nell'utilizzo dei dispositivi medici 2) Nefrectomie e cistectomie radicali: percentuale di interventi robotici sul totale di interventi 3) Numero totale interventi robotici (tutte le tipologie) 4) Aumento del numero di interventi per calcolosi renale	Report trimestrali	1) Rapporto spesa per D.M. / Ricavi da attività chirurgica anno 2025≤anno 2024 2) Nefrectomie radicali e semplici e cistectomie: 70% interventi eseguiti in chirurgia tradizionale 3) n° di interventi in robotica: 2025<2024 4) Interventi di calcolosi renale: n° di interventi 2025>2024	20%	0%	20%	0%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	10%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
					considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.						
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	5%	0%	5%	0%	
S147	Progettazione, implementazione del percorso ERAS nel paziente cistectomizzato e definizione del profilo di incaricato	0%	30%	Stesura opuscolo informativo paziente cistectomizzato Definizione del profilo di incaricato di percorso ERAS vescica	Evidenza documentale	Presenza di opuscolo informativo entro il 31/12/2025 Individuazione dell'incaricato di percorso ERAS vescica entro il 31/12/2025	0%	30%	0%	30%	
M109	Miglioramento competenze chirurgiche dei medici con meno 5 anni di anzianità di servizio (compresi medici specializzandi - 2 Decreto Calabria e 3 con meno 5 anni)	10%	0%	Esecuzione in qualità di primo operatore delle procedure chirurgiche della S.C. Urologia da parte dei medici individuati	Evidenza documentale (dati O4C)	Esecuzione in qualità di primo operatore del 40% di tutte le procedure chirurgiche della S.C. Urologia da parte dei medici individuati	10%	0%	10%	0%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	50%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	50%	0%	50%	
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	20%	0%	1) Numero di ricoveri + day surgery erogati nell'anno 2025 > del 2024 2) Rispetto tempi attesa ricoveri in classe B, C e D per i seguenti interventi: prostata (cod. int. 60.), calcoli renali e ureterali (cod. int. 56.) 3) Incremento di produzione per intervento ipertrofia prostatica benigna (+ 30% complessivo azienda rispetto al 2024) (cod. int. 600.)	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	1) Numero di ricoveri + day surgery 2025 > 2024 2) < 100% e >=95% = raggiungimento 100% <= 94% e >=85% = raggiungimento 50% <=84% = raggiungimento 0% 3) Numero interventi per ipertrofia prostatica benigna 2025>2024 (+ 30% complessivo azienda = 158 interventi complessivi) raggiungimento 100%	20%	0%	20%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno		
						> il 20% < 30% = raggiungimento 50% < 20% = raggiungimento 0%				
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.18 PRIMA VISITA UROLOGICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	10%	0%	9,29%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	Contrasto all'antimicrobico resistenza	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	5%	0%	5%	0%
	Totale	100%	100%				100%	100%	99,29%	99,00%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SSD Day e Week Surgery**Direttore:** Cavalli Sebastiano**Coordinatore:** Brizio Ivana

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	20%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	20%	0%	20%	0%
A008	Prestazioni PNGLA - Incremento produzione ecodoppler (TSA - Arti Superiori o Inferiori o Distrettuale, Arteriosa o Venosa)	30%	0%	Prestazioni - 88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI - 88.77.4A ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A RIPOSO - 88.77.4B ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI VENOSO. A RIPOSO	Flussi informativi regionali	Una seduta / 15 gg in regime SSN	30%	0%	30%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Collaborazione con le strutture del Dipartimento	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione - Collaborazione con le strutture del Dipartimento	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95%	10%	0%	10%	0%
S149	Produzione di un video informativo educativo da somministrare durante la degenza al fine di rendere il paziente parte attiva del suo percorso di cura successivo alla dimissione precoce	10%	30%	Presenza del video entro il primo semestre 2025 Proiezione del video nel secondo semestre 2025	Evidenza documentale	Riduzione degli alert durante la telefonata di FU	10%	30%	10%	30%
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	50%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	50%	0%	50%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	0%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	10%	0%	10%	0%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SC Oculistica**Direttore:** Delpiano Giuseppe (fino al 01/03/2025) - Biletta Gian Luca (f.f. dal 01/04/2025)**Coordinatore:** Servetto Claudia

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	20%	0%	Efficientamento nell' utilizzo dei farmaci per iniezioni intravitreali	Report trimestrali	Rapporto spesa/UT: anno 2025<2024	20%	0%	20%	0%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	10%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025							Verduno	
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	30%	80%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 9502N.0 PRIMA VISITA - 9511.0- 9511.1 FUNDUS OCCHIO DX E SX 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA in classe D e P (aumento prima visita oculistica e fundus oculi rispetto al 2024)	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione 2024 (concordato piano recupero da ott a dic: + 208 prime visite) - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	30%	80%	24%	64%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	20%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	20%	0%	20%	0%
	Totale	100%	100%				100%	100%	94%	84%

(*) L'abbattimento è da intendersi applicato esclusivamente al personale ortottista. Il restante personale del comparto raggiunge l'obiettivo A002 nella misura del 100%.

Legenda: Peso D = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SC Chirurgia Generale e Chirurgia Oncologica**Direttore:** Berti Stefano**Coordinatore:** Zavattaro Irene

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	10%	0%	1) Efficientamento nell'utilizzo dei dispositivi medici 2) Utilizzo efficiente degli slot chirurgici	Report trimestrali	1) Rapporto tra spesa per DM / Ricavi da attività chirurgica anno 2025 ≤ anno 2024 2) Rapporto interventi in robotica vs interventi con tecnica tradizionale (tecnica laparoscopica) 1:4	10%	0%	10%	0%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	10%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	5%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi)	5%	0%	5%	0%	
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Rispetto del volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA in classe D e P (aumento disponibilità di agende di 897.03 PRIMA VISITA CHIRURGICA, 897.118 PRIMA VISITA CHIRURGIA PLASTICA, 897.06 PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE, 897.28 PRIMA VISITA PROCTOLOGICA, 897.70 PRIMA VISITA SENOLOGICA, 88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI 88.77.4A ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A RIPOSO 88.77.4B ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI VENOSO. A RIPOSO)	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	10%	0%	10%	0%	
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	10%	0%	1) Numero di ricoveri + day surgery erogati nell'anno 2025 > del 2024 2) Rispetto tempi attesa ricoveri in classe B, C e D per i seguenti interventi: colecistectomia laparoscopica (cod. int. 51.23)	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	1) Numero di ricoveri + day surgery 2025 > 2024 2) < 100% e >=95% = raggiungimento 100% <= 94% e >=85% = raggiungimento 50% <=84% = raggiungimento 0%	10%	0%	10%	0%	
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	10%	0%	1) Interventi per tumore maligno della mammella (Cod. diagnosi 174.X; 198.81; 233.0 Cod. procedura 85.2X; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4X) 2) % reinterventi per resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore	Report mensili	1) >150 interventi 2) < 5%	10%	0%	10%	0%	

ASL CN 2				SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno
				maligno della mammella (Cod. diagnosi ICD-9-CM 174, 233.0 con Codice intervento 85.2x)						
M049	Miglioramento della gestione del paziente politraumatizzato con attivazione del TRAUMA TEAM	10%	0%	Creazione e formalizzazione del gruppo multidisciplinare gestione paziente politraumatizzato - TRAUMA TEAM	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione entro il 30/10/2025	10%	0%	10%	0%
M027	Flussi informativi regionali	5%	0%	1) Chiusura amministrativa delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione 2) Correzione degli errori entro il 10 del mese successivo	1) Report mensili CdG 2) Report mensile SAFO	1) 95%= raggiunto al 100% tra 90% - 94% = raggiunto al 50% < 90% = non raggiunto 2) 100% = raggiunto < 100%= non raggiunto	5%	0%	5%	0%
M105	Progettazione, implementazione del percorso ERAS per il paziente con patologie del colonretto	0%	5%	Evidenza documentale e progettuale	Creazione opuscolo informativo e definizione del profilo dell'incaricato del percorso ERAS	tra 90% - 94% = raggiunto al 50%	0%	5%	0%	5%
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	75%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	< 90% = non raggiunto	0%	75%	0%	75%
M125	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e riduzione di esami extra screening mammografico	5%	0%	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni	Flussi Regionali	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni: II° sem. 2025 < II° sem. 2024	5%	0%	0%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	Contrasto alla antimicrobico resistenza	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	5%	0%	5%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno		
	Totale	100%	100%				100%	100%	95%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SS Chirurgia Plastica**Direttore:** Cella Fausto**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	50%	0%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	100%	0%	100%	0%
M037	Sviluppo attività di chirurgia plastica dell'obesità	50%	0%	1) Partecipazione alla valutazione del paziente arruolato per trattamento di chirurgia bariatrica 2) Apertura di 1 ambulatorio dedicato alla valutazione e trattamento degli inestetismi conseguenti al dimagrimento (asportazione di eccessi cutaneo-adiposi a livello di addome, cosce, braccia, tronco) compatibilmente con la dotazione di personale medico 3) Miglioramento della qualità di vita, correzione di inestetismi funzionali, mantenimento di un corretto stile di vita	1) Flussi informativi 2) Report SAFO 3) Audit S.C. Psicologia	2) 100% = raggiunto	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%
	Totale	100%	0%				100%	0%	100%	0%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SS Chirurgia Vascolare**Direttore:** Leotta Luigi**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	40%	0%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	40%	0%	40%	0%
M056	Riduzione dei CVC per il trattamento dialitico cronico (significativamente superiore alla media regionale) in collaborazione con la SC Nefrologia	10%	0%	% pazienti in HD cronica portatori di CVC	Evidenza documentale	Riduzione dei pazienti in HD cronica portatori di CVC (standard atteso 50%)	10%	0%	10%	0%
I026	Sviluppo percorso Rete Wound Care integrato ospedale-territorio	50%	0%	1) Incremento dell'offerta ambulatoriale di 2° livello presso ambulatorio di Verduno 2) Incremento offerta ambulatoriale presso le sedi delle Case della Comunità compatibilmente con la dotazione di personale medico	1) Flussi informativi 2) Report SAFO	1) Numero prestazioni 2025>2024 2) Apertura di ambulatori presso le Case della Comunità in relazione alla dotazione di personale medico	50%	0%	50%	0%
	Totale	100%	0%				100%	0%	100%	0%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SC Otorinolaringoiatria**Direttore:** Paganelli Edoardo**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	0%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	0%	19%	0%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	20%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:30 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	20%	0%	20%	0%
M027	Flussi informativi regionali	10%	0%	1) Chiusura amministrativa delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione 2) Correzione degli errori entro il 10 del mese successivo	1) Report mensili CdG 2) Report mensile SAFO	1) 95%= raggiunto al 100% tra 90% - 94% = raggiunto al	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						50% < 90% = non raggiunto 2) 100% = raggiunto < 100% = non raggiunto					
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	10%	0%	1) Numero di ricoveri + day surgery erogati nell'anno 2025 > del 2024 2) Rispetto tempi attesa ricoveri in classe B, C e D per i seguenti interventi: asportazione cute (cod. int 86.), tonsille (cod. int. 28.), turbinati (cod. int. 21.)	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	1) Numero di ricoveri + day surgery 2025 > 2024 2) < 100% e >=95% = raggiungimento 100% <= 94% e >=85% = raggiungimento 50% <=84% = raggiungimento 0%	10%	0%	10%	0%	
A007	Implementazione attività ambulatorio di vestibologia e TSA	30%	0%	Incremento prestazioni 1)95.24.1.A - STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [SPONTANEO, POSIZIONALE, PROVOCATO (ELETTRONISTAGMOGRAFIA,VIDEOCULOGRAFIA)]	Flussi informativi	Prestazioni 2025 95.24.1.A: >= 150	30%	0%	30%	0%	
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.14 PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019	10%	0%	9,75%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025						Verduno		
						- raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare				
	Totale	100%	0%				100%	0%	98,75%	0%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area chirurgica**Struttura:** SC Ortopedia e Chirurgia Protetica**Direttore:** Schiraldi Marco**Coordinatore:** Cravero Claudia

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	10%	0%	Efficientamento nell'utilizzo dei dispositivi medici	Report trimestrali	Rapporto spesa per D.M. / Ricavi da attività chirurgica anno 2025 ≤ anno 2024	10%	0%	10%	0%
M029	Efficientamento del percorso chirurgico	10%	0%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M11: over time (differenza tra uscita dalla S.O. dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti) M12 CUSTOM - Under Utilization (differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e l'evento uscita dalla S.O., espressa in minuti). Per questo indicatore viene considerata la disponibilità della sala in cui è stato eseguito l'intervento qualora non corrisponda con la sala di pianificazione.	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:45 nel 60% dei casi (escluso la sala robotica) M11) over time entro 30 minuti dal termine programmato dello slot nel 60% dei casi M12) Under utilization: inferiore/uguale a 60 minuti nel 60% dei casi	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	10%	0%	1) Numero di ricoveri + day surgery erogati nell'anno 2025 > del 2024 2) Rispetto tempi attesa ricoveri in classe B, C e D per i seguenti interventi: protesi di anca, protesi di ginocchio (DRG 544)	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	1) Numero di ricoveri + day surgery 2025 > 2024 2) < 100% e >=95% = raggiungimento 100% <= 94% e >=85% = raggiungimento 50% <=84% = raggiungimento 0%	10%	0%	10%	0%	
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	10%	0%	Numero di ricoveri con frattura del collo del femore operati entro 48h (data e ora procedure - data e ora di accesso in pronto soccorso) / numero di ricoveri con frattura del collo del femore pz over 65 anni	Report mensili	> 75%	10%	0%	10%	0%	
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	5%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.13 PRIMA VISITA ORTOPEDICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	5%	0%	5%	0%	
M027	Flussi informativi regionali	5%	0%	1) Chiusura amministrativa delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione 2) Correzione degli errori entro il 10 del mese successivo	1) Report mensili CdG 2) Report mensile SAFO	1) 95%= raggiunto al 100% tra 90% - 94% = raggiunto al 50% < 90% = non raggiunto 2) 100% = raggiunto	5%	0%	5%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
						< 100%= non raggiunto				
M049	Miglioramento della gestione del paziente politraumatizzato con attivazione del TRAUMA TEAM	10%	0%	Creazione e formalizzazione del gruppo multidisciplinare gestione paziente politraumatizzato - TRAUMA TEAM	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione entro il 30/10/2025	10%	0%	10%	0%
M107	Progettazione ed implementazione di incontri informativi tra équipe sanitaria della SC e pazienti/famigliari riguardo il percorso perioperatorio del paziente in attesa di intervento chirurgico elettivo di PTA e PTG, inserito nel percorso preoperatorio. Si tratta di un incontro a cadenza quindicinale di circa 3 ore in cui l'ortopedico spiega l'intervento chirurgico, l'infermiere illustra la Struttura Operativa (camere, servizi, organizzazione...) e i vari setting riabilitativi possibili. Possibilità di porre domande da parte dei pazienti	10%	30%	2 incontri al mese a far data dall'assegnazione dei locali	Evidenza documentale	80% dei pazienti segnalati dal prericovero	10%	30%	10%	30%
M108	Apertura di un ambulatorio di traumatologia dello sport	5%	0%	Numero di visite/mese	Report mensile SAFO	20 visite al mese	5%	0%	5%	0%
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	50%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	50%	0%	50%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	Contrasto alla antimicrobico resistenza	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	5%	0%	5%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025										Verduno
	Totale	100%	100%						100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di emergenza urgenza**Struttura:** SC Neurologia**Direttore:** Dotta Michele**Coordinatore:** Pecchenino Elisa

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M028	Riduzione degenza media	10%	10%	1) Mantenimento degenza media 2024 2) Disponibilità di 1 Posto Letto giornaliero (=5% dei PL) per accogliere patologie di confine 3) Incrementare segnalazioni dimissioni difficili	1) Flussi informativi 2) Relazione bed manager 3) Relazione bed manager	1) Rispetto indicatore regionale 2) S//N 3) >90% dei casi	10%	10%	10%	10%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	Piani terapeutici Elettronici - Nota 97	Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale	% Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 97: < 19%	5%	0%	5%	0%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	10%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 8913.0 PRIMA VISITA NEUROLOGICA - 93.08.* ELETTROMIOGRAFIA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 per EMG (concordato piano di recupero da ott a dic: +200 prime visite) - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole	10%	10%	5,75%	7,50%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare					
M027	Flussi informativi regionali	5%	0%	1) Chiusura amministrativa delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione 2) Correzione degli errori entro il 10 del mese successivo	1) Report mensili CdG 2) Report mensile SAFO	1) 95%= raggiunto al 100% tra 90% - 94% = raggiunto al 50% < 90% = non raggiunto 2) 100% = raggiunto < 100%= non raggiunto	5%	0%	3,75%	0%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	5%	5%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione del percorso nel secondo semestre	5%	5%	5%	5%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	5%	0%	5%	0%	
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	1) Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025 2) Prestazioni a pazienti ricoverati: < 72 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente all'ultimo bimestre 2025	10%	0%	10%	0%	
M050	Prenotazione diretta diagnostica vascolare ecodoppler TSA e Transcranica prescritti durante visite neurologiche ambulatoriali	10%	10%	Percentuale di Ecodoppler TSA e Transcranici richiesti durante la visita neurologica che viene prenotata direttamente dalla segreteria degli ambulatori >80%	Report SAFO	Riduzione ecodoppler TSA prenotati presso CUP	10%	10%	10%	10%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduo	
M051	Creazione di un percorso diagnostico-terapeutico fast track con presa in carico ambulatoriale dei pazienti valutati in visita urgente o in DEA, non richiedenti ricovero ma con necessità di valutazione diagnostica neurofisiologica e neurosonologica (EEG, EMG, ecodoppler TSA) e di visita neurologica conclusiva al termine degli accertamenti	10%	10%	1) Definizione del percorso 2) Attivazione del percorso	Report SAFO-DIPSA	1) Definizione del percorso entro il 30/09/2025 2) Attivazione del percorso entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	25%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	25%	0%	25%	
M053	Redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare del paziente disfagico	10%	10%	Collaborazione alla stesura del documento e attivazione del percorso	Evidenza documentale	1) Approvazione documento condiviso entro il 30/09/2025 2) Attivazione percorso entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	94,50%	97,50%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di emergenza urgenza**Struttura:** SC Medicina d'Emergenza - Urgenza**Direttore:** Perotto Massimo**Coordinatore:** Tarable Pierluigi (Coordinamento Struttura Meu)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	20%	0%	1) Numero di ricoveri con frattura del collo del femore operati entro 48h (data e ora procedure - data e ora di accesso in pronto soccorso) / numero di ricoveri con frattura del collo del femore pz over 65 anni 2) STEMI: % casi IMA STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso in P.S.	Report mensili	1) > 75% 2) >65%	20%	0%	20%	0%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% VPS: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	10%	0%	10%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	1) Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2025 (rilevata da flusso F) 2) Contrasto alla antimicrobico resistenza	Report periodici da Farmacia ospedaliera	1) Ossigeno: quantità prescritta Ossigeno liquido per uso domiciliare 2025 <= 2024 2) Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	5%	0%	5%	0%
M032	Efficientamento dei tempi: 1) di boarding e 2) di permanenza in P.S. con e senza OBI	10%	10%	1) Data e ora di dimissione dal PS - data e ora di accesso al PS/ n° di accessi al PS 2) n° pazienti non ricoverati / n° pazienti con assegnazione lettino	Flussi informativi regionali	<= 6 ore < 10%	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M049	Miglioramento della gestione del paziente politraumatizzato con attivazione del TRAUMA TEAM	10%	0%	Creazione e formalizzazione del gruppo multidisciplinare gestione paziente politraumatizzato - TRAUMA TEAM	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione entro il 30/10/2025	10%	0%	10%	0%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	55%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	55%	0%	55%	
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	5%	5%	1) Collaborazione al gruppo di lavoro 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della procedura entro il 30/09/2025	5%	5%	5%	5%	
S094	Adozione sistema di tracciamento pazienti con rischio di allontanamento involontario e identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza	10%	0%	1) Identificazione dei criteri di selezione dei pazienti, modalità di utilizzo e di definizione dei perimetri di sicurezza 2) Formulazione di una proposta per l'acquisizione di un sistema di tracciamento	Evidenza documentale	1) Entro il 30/06/2025 2) Trasmissione proposta per l'acquisizione di un sistema di tracciamento alla S.C. Servizi Tecnici entro il 30/09/2025	10%	0%	10%	0%	
I022	Approccio al Fine vita	10%	10%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio 2) Partecipazione all'umanizzazione e sviluppo delle UOCP (dirigenza + comparto)	Report mensili	1) Partecipazione allo sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Partecipazione al percorso formativo e attivazione mobilità interna di 5 Infermieri	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di emergenza urgenza**Struttura:** SC Anestesia e Rianimazione**Direttore:** Ravera Enrico (fino al 28/02/2025) – Della Selva Andrea (f.f. dal 01/04/2025)**Coordinatore:** Herby Delphine (Gestione delle Risorse Professionali e Funzioni di Coordinamento Struttura Rianimazione)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	5%	0%	Efficientamento nell' utilizzo dei dispositivi medici (S.S. Antalgica)	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	Rapporto spesa per DM PIC team / numero pz trattati anno 2025 ≤anno 2024	5%	0%	5%	0%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	5%	0%	Numero di ricoveri con frattura del collo del femore operati entro 48h (data e ora procedure - data e ora di accesso in pronto soccorso) / numero di ricoveri con frattura del collo del femore pz over 65 anni	Report mensili	> 75%	5%	0%	5%	0%
M029	Efficientamento percorso chirurgico	10%	10%	Utilizzo efficiente slot chirurgici	M10: starting time (differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti) M15: tempo anestesilogico medio (differenza tra gli eventi paziente posizionato e pronto e inizio induzione anestesia espresso in minuti)	M10) seduta mattina: starting time entro le ore 08:00 nel 60% degli interventi con anestesista M15) tempo anestesilogico medio: 20 minuti nel 60% degli interventi in anestesia locoregionale - 30 minuti nel 60% degli interventi in anestesia generale	10%	10%	10%	10%
M046	Valutazione grado soddisfazione dell'utenza tramite questionario inerente: accoglienza, flessibilità orario visite, qualità informazioni ricevute, qualità assistenza medico infermieristica percepita (per la sola SC Rianimazione)	5%	10%	1) Preparazione modulistica informativa e questionario con relativa scala di valutazione 2) Raccolta dati dal 01/04/2025 al 31/10/2025 3) Analisi dei dati, preparazione relazione e individuazione delle	Evidenza Documentale	1) Entro 31/03/2025 2) 70% dei questionari restituiti/questionari distribuiti 3) Entro 31/12/2025 analisi dei dati e relazione finale	5%	10%	5%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
				eventuali modifiche da apportare alle procedure in essere							
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5%	5%	5%	5%	
M047	Revisione dei protocolli di analgesia post-operatoria e terapia in dimissione	10%	10%	1) Revisione Protocolli analgesia post-operatoria 2) Utilizzo nuovi protocolli	Evidenza Documentale	1) Entro il 31/03/2025 emissione della revisione dei protocolli 2) Utilizzo nuovi protocolli nel 90% dei postoperati tra aprile e dicembre 2025	10%	10%	10%	10%	
M049	Miglioramento della gestione del paziente politraumatizzato con attivazione del TRAUMA TEAM	10%	10%	Creazione e formalizzazione del gruppo multidisciplinare gestione paziente politraumatizzato - TRAUMA TEAM	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione entro il 30/10/2025	10%	10%	10%	10%	
M033	Applicazione dell'istituto contrattuale: programmazione e gestione piano ferie	5%	0%	1) Pianificazione quadrimestrale alle scadenze 31/01 - 31/05 - 30/9 2) n. gg ferie residue al 01/01/2025< n. gg ferie residue al 01/01/2026 - per profilo professionale e rapportato al n. di dipendenti	Portale dipendente e WHR	S/N	5%	0%	5%	0%	
M040	Parto analgesia: 1) Formazione teorica e pratica sull'utilizzo della peridurale; 2) Definizione procedura aziendale per l'analgesia peridurale in travaglio di parto su casi selezionati per indicazione medica (induzioni di travaglio, pregressi tagli cesarei che desiderano partorire, morti endouterine) 3) Avvio dell'offerta di analgesia peridurale su casi selezionati dal 01/10/2025 e a regime dal 01/01/2026	5%	0%	1) n° anestesisti formati / n° anestesisti da formare 2) n° tagli cesarei tagli cesarei con analgesia / n° totale cesarei 3) avvio attività parto analgesia su casi selezionati	1) Report formazione 2) Evidenza documentale 3) Flussi regionali	1) minimo 6 persone formate entro il 30/09/2025 2) Definizione della procedura entro il 31/10/2025 3) Avvio della parto analgesia dal 01/10/2025	5%	0%	3,33%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	25%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0%	25%	0%	25%	
I022	Approccio al Fine vita	10%	10%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio 2) Partecipazione all'umanizzazione e sviluppo delle UOCP (dirigenza + comparto)	Report mensili	1) Partecipazione allo sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Partecipazione al percorso formativo e attivazione mobilità interna di 5 Infermieri	10%	10%	10%	10%	
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	1) Contrasto all'antimicrobico resistenza secondo indicazioni della Farmacia Ospedaliera e dell'UPRI 2) Appropriatezza prescrittiva immunoglobuline secondo le indicazioni della Farmacia Ospedaliera	Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	1) Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022 2) Grammi immunoglobuline 2025 < 2023	5%	0%	5%	0%	
A156	Donazioni d'organo: sensibilizzazione degli operatori e della popolazione su donazioni d'organo e di cornee	5%	0%	1) Segnalazioni dei potenziali donatori di organi (PROC2 modificato) 2) Donatori di cornea calcolato sui decessi ospedalieri del 2024 tra i 5 e 75 anni compresi	Report centro regionale trapianti	1) > 40%: raggiunto >20% e < 40%: parzialmente raggiunto con applicazione di funzione lineare < 20%: non raggiunto 2) n. 14 cornee	5%	0%	5%	0%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	98,33%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di emergenza urgenza**Struttura:** SC Cardiologia**Direttore:** Dellavalle Antonio**Coordinatore:** Grigore Paulica (Pianificazione - Ricerca e Formazione Coordinamento Struttura Cardiologia)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	22,22%	20%	22,22%	20%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	10%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 8901.* PRIMA VISITA - 88.72.* ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA - 88.95.0 ECG DINAMICO HOLTER - 8941N.0-N1 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi B, D e P	Valutazione secondo allegato 1: Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	11,11%	0%	8,25%	0%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	20%	20%	STEMI: % casi IMA STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso in P.S.	Report mensili	> 65%	22,22%	20%	22,22%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	10%	0%	1) Piani terapeutici Elettronici - Nota 97 2) Appropriatezza prescrittiva PCSK-9 3) Contrasto alla antimicrobico resistenza	1) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale 2) e 3) Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	1) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 97: < 19% 2) 100% ricadenti nei criteri di rimborsabilità AIFA - relazione medica in caso di discrepanza 3) Riduzione del consumo (DDD / 100 GG Degenza) di carbapenemi e fluorochinoloni >= 10% nel 2025 rispetto al 2022	11,11%	0%	11,11%	0%	
M028	Riduzione degenza media	10%	10%	1) Mantenimento degenza media 2024 2) Disponibilità di 1 Posto Letto giornaliero (=5% dei PL) per accogliere patologie di confine 3) Incrementare segnalazioni dimissioni difficili	1) Flussi informativi 2) Relazione bed manager 3) Relazione bed manager	1) Rispetto indicatore regionale 2) S//N 3) >90% dei casi	11,11%	10%	11,11%	10%	
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	0%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	1) Consulenze a pazienti ricoverati: < 24 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) limitatamente all'ultimo bimestre 2025 2) Prestazioni a pazienti ricoverati: < 72 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente all'ultimo bimestre 2025	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	5%	5%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione del percorso nel secondo semestre	5,56%	5%	5,56%	5%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025							Verduno	
M048	Procedure di trattamento percutaneo delle Embolie Polmonari	5%	5%	1) Stesura definitiva del documento entro il 30/04/2025 2) Attivazione entro il 30/06/2025	1) Evidenza Documentale 2) Report Emodinamica	1) S/N 2) Uso documentato dei due sistemi di trombo aspirazione e di lisi dei trombi nel sistema arterioso polmonare con l'utilizzo di ultrasuoni associato all'infusione di basso dosaggio di trombolitico in arteria polmonare nel 2° semestre	5,56%	5%	5,56%	5%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LDO: >=95% ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	5,56%	0%	5,56%	0%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	5%	5%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	5,56%	5%	5,56%	5%
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	35%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0,00%	35%	0,00%	35%
	Totale	100%	100%				100%	100%	97,15%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SC Laboratorio Analisi**Direttore:** Quatela Michela**Coordinatore:** Varetto Cristiana, Vezza Massimiliano

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	LIS: >=95%	10%	0%	10%	0%
M119	Riorganizzazione ed efficientamento delle del Laboratorio Analisi	20%	30%	'Aumento delle prestazioni di laboratorio erogate direttamente rispetto al 2024	Flussi informativi	1) Confronto trimestrale flusso C5 2) Valorizzazione 2025 vs 2024: +5% (60.000€)	20%	30%	20%	30%
M041	Allineamento dei flussi di attività e corretta rendicontazione dopo introduzione nuovo nomenclatore	20%	20%	% di errore nei flussi	Flussi informativi	% errori annuali <2%	20%	20%	20%	20%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	10%	10%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	Approvazione prontuario entro il 31/12/2025	10%	10%	10%	10%
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	10%	10%	Coordinamento gruppo per 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M124	Costituzione di un POCT Team (Point of Care Testing Team)	10%	10%	Costituzione di un POCT TEAM, per assicurare che i risultati dei test POCT siano accurati e conformi agli standard del laboratorio centrale, effettuando calibrazioni, controlli e manutenzioni regolari.	Evidenza documentale	Entro il 30/06/2025 Avvio controlli entro il secondo semestre in ospedale	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SC Anatomia Patologica**Direttore:** Pagano Marco**Coordinatore:** Costamagna Monica

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	20%	20%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	80% referti istologici refertati: calcolo moda <= 6 gg lavorativi	20%	20%	20%	20%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	AP :>=95%	10%	0%	10%	0%
M117	Adeguamento nuovo nomenclatore tariffario	20%	20%	Integrazione codici nuovo nomenclatore tariffario con processi produttivi del laboratorio	Report trimestrale	90% associazione nuovi codici amministrativi con nuovi codici interventi	20%	20%	20%	20%
M118	Preparazione procedure lavorative per integrazione applicativo gestionale, O4C con Armonia	20%	30%	Collaborazione attivazione delle procedure con S.C. Informatica, Telecomunicazioni e S.I. e S.S. Sale Operatorie	Evidenza documentale	S/N	20%	30%	20%	30%
M120	Coordinamento gruppo di lavoro ed elaborazione procedura per la consegna dei referti di Anatomia Patologica	10%	10%	1) Predisposizione della procedura entro il 30/06/2025 con evidenza documentale di visita di consegna del referto al paziente e misurazione secondo indicatori di percorso 2) Applicazione dal 01/07/2025	1) Evidenza documentale 2) Avvio delle consegne	1) Evidenza documentale entro il 30/06/2025 2) Avvio delle consegne secondo procedura dal 01/07/2025	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
	Totale	100%	100%					100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SC Radiologia**Direttore:** Verna Valter**Coordinatore:** Trunfio Pierpaolo (Amministratore di Sistema Dipartimento Diagnostico)

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	20%	20%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	20%	20%	16,84%	16,84%
A005	Rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze/prestazioni per pazienti ricoverati	10%	10%	Differenza tra data e ora di erogazione e data e ora di richiesta	Report	Prestazioni a pazienti ricoverati: < 48 ore dalla richiesta (media calcolata sui giorni lavorativi) nel 80% dei casi limitatamente	10%	10%	7,50%	7,50%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						all'ultimo bimestre 2025					
M104	Valutare e e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	0%	1) Partecipare al nuovo gruppo di Audit aziendale 2) Analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Definizione e applicazione del nuovo software RAO per l'appropriatezza delle prescrizioni su prestazioni: - Risonanza rachide completo - Ecografia addome completa 4) Raccolta dati prescrizioni MMG, PLS, SAI, Medici ospedalieri	1) Verbalì incontri 2) Evidenza Documentale 3) Applicazione del nuovo software, riduzione inappropriatezza 4) Partecipazione agli audit dei Distretti con i prescrittori	1) Verbalì incontri 2) Partecipazione a 3 audit con i distretti (aprile-giugno-settembre) 3) Riduzione richieste inappropriate sulle prestazioni selezionate 4) Evidenza documentale e verbalì incontri	10%	0%	10%	0%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	RIS: >=95%	10%	0%	10%	0%	
M116	Esecuzione di biopsie polmonari percutanee TC guidate	10%	10%	Stesura della procedura entro il 30/06/2025 Implementazione utilizzo TC in SSD Radioterapia	Evidenza documentale Flussi informativi	Presenza della procedura entro il 30/06/2025 Avvio dell'attività nel secondo semestre 2025	10%	10%	10%	10%	
M049	Miglioramento della gestione del paziente politraumatizzato con attivazione del TRAUMA TEAM	10%	10%	Creazione e formalizzazione del gruppo multidisciplinare gestione paziente politraumatizzato - TRAUMA TEAM	Evidenza documentale	1) Stesura del documento entro il 30/09/2025 2) Attivazione entro il 30/10/2025	10%	10%	10%	10%	
A003	Miglioramento della produzione e riduzione liste di attesa ricoveri	10%	0%	Rispetto tempi attesa interventi per ipertrofia prostatica benigna in classe B, C e D (cod. diagnosi 600.). Collaborazione con S.C. Urologia	Report mensili produzione e tempi di attesa (ex post)	Numero interventi per ipertrofia prostatica benigna 2025>2024 (+ 30% complessivo azienda = 158 interventi complessivi) = raggiungimento 100% > il 20% < 30% = raggiungimento 50% < 20% = raggiungimento 0%	10%	0%	10%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025							Verduno	
A155	Sviluppo dell'attività di radiologia territoriale/domiciliare	0%	30%	Numero di prestazioni di radiologia territoriale/domiciliare	Report mensili	Prestazioni di radiologia territoriale 2025>2024	0%	30%	0%	30%
	Totale	100%	100%				100%	100%	94,34%	94,34%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SC Servizio Immuno Trasfusionale (Simt)**Direttore:** D'Antico Sergio**Coordinatore:** Roagna Rosanna

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e completa rendicontazione delle attività	20%	0%	1) Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione 2) Allineamento prestazioni rendicontate su ELIOTT vs le prestazioni inviate con flusso C4	Report Piattaforma regionale PADDI	1) ALTRI AMBULATORIALI: >=60% 2) % scostamento <2%	20%	0%	20%	0%
M041	Allineamento dei flussi di attività e corretta rendicontazione dopo introduzione nuovo nomenclatore	20%	20%	% di errore nei flussi	Flussi informativi	% errori annuali <2%	20%	20%	20%	20%
M044	Organizzazione di seminari interni alla SC su argomenti di medicina trasfusionale utili a migliorare la qualità del servizio e favorire una uniformità di gestione	10%	30%	Programmazione di almeno 4 eventi	Evidenza Documentale/Materiale didattico	Effettuazione n°4 incontri previsti	10%	30%	10%	30%
M045	Ottimizzazione ed efficientamento dell'uso delle 2 frigoemoteche Haemobank e formazione degli operatori/utenti	10%	30%	1) Riduzione della differenza dei movimenti di entrata e uscita tra le due frigoemoteche 2) Elenco personale formato	Report/Evidenza documentale del gestionale delle frigoemoteche	Utilizzo uniforme delle due frigoemoteche:dalla frigoemoteca 2, presso il DEA, superiore al 30% rispetto al totale.	10%	30%	10%	30%
S145	Pianificazione analitica e operativa per l'attivazione di procedure di plasmateresi produttiva (donazioni)	10%	0%	Presentazione del progetto con analisi dei costi emergenti (personale, spazi, attrezzature...) e dei ricavi	Evidenza Documentale	Presenza del progetto entro il 31/12/2025	10%	0%	10%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
S144	Analisi costo/beneficio dei sistemi attualmente disponibili per la identificazione del paziente bed side con sistemi informatica	10%	0%	Presentazione del progetto con analisi dei costi emergenti e integrazioni con sistema informativo esistente	Evidenza Documentale	Presenza del progetto entro il 31/12/2025	10%	0%	10%	0%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SSD Fisica Sanitaria**Direttore:** Lucio Francesco**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M042	Trasmissione indicatori dosimetrici indagini diagnostiche previste dal D.M. 3/11/2023	40%	40%	Inserimento dati su portale NSIS Ministero Salute	Report da portale NSIS	%	40%	40%	40%	40%
M043	Sicurezza pazienti: valutazione dei rischi dell'attività dei Fisici in Radioterapia	40%	40%	Analisi proattiva di almeno un processo	Evidenza documentale	Report dell'analisi effettuata	40%	40%	40%	40%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di area diagnostica**Struttura:** SSD Radioterapia**Direttore:** Reali Alessia**Coordinatore:** Delpiano Luca

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	20%	20%	1) Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione 2) Allineamento prestazioni rendicontate su ARIA vs le prestazioni inviate a flusso C e C4	1)Report Piattaforma regionale PADDI 2) Flussi Regionali	1) ALTRI AMBULATORIALI: >=60% 2) % scostamento <2%	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%
M115	Potenziamento telemedicina in Radioterapia	10%	10%	Sviluppo e utilizzo app BIO CARE in Radioterapia	Flussi informativi	n. pazienti seguiti in telemedicina durante radioterapia con app BIO CARE: 2025= 20 pazienti	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%
A008	Incremento della produzione prestazioni ambulatoriali per esterni e riduzione tempi di attesa	30%	30%	Prestazioni 2025 > 2024: + 10%	Flussi informativi regionali	Prestazioni 2025 > 2024: + 10% = 100% raggiungimento Prestazioni 2025 > 2024: >9% < 5% = 80% raggiungimento Prestazioni 2025 > 2024: <5% = 50% raggiungimento Prestazioni 2025=2024 = 0% raggiungimento	33,34%	33,34%	33,34%	33,34%
M116	Collaborazione all'esecuzione di biopsie polmonari percutanee TC guidate	10%	10%	Stesura della procedura entro il 30/06/2025 Implementazione utilizzo TC in SSD Radioterapia	Evidenza documentale Flussi informativi	Presenza della procedura entro il 30/06/2025 Avvio dell'attività nel secondo semestre 2025	11,11%	11,11%	11,11%	11,11%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025							Verduno	
M157	Progettazione/accreditamento e realizzazione di due corsi di formazione e aggiornamento su applicativi /strumentazione della SSD Radioterapia	10%	10%	Corsi di formazione dedicati al personale della struttura	Report S.S. Formazione	Almeno n. 2 corsi accreditati nell'anno 2025	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato	Obiettivo Sterilizzato
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di salute mentale**Struttura:** SC Servizio Dipendenze Patologiche**Direttore:** Gatti Ruggero**Coordinatore:** Ippolito Silvana

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
M031	Promozione della salute: sensibilizzazione	20%	20%	Organizzazione di iniziative di sensibilizzazione sui comportamenti a rischio: fumo, alcool, droghe e gioco d'azzardo	Evidenza documentale	1) Interventi di sensibilizzazione in collaborazione con i principali EE.LL. > anno 2024 2) Interventi di sensibilizzazione a livello di Scuole > anno 2024 3) Interventi di sensibilizzazione in occasione di manifestazioni fieristiche /di promozione del territorio / eventi musicali > anno 2024	20%	20%	20%	20%
M066	Partecipazione alle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2025	20%	20%	Partecipazione alle attività di messa in atto e diffusione del Piano Locale della Prevenzione secondo indicazioni SSD Epidemiologia	Relazione SSD Epidemiologia	90% degli indicatori di programma e di processo previsti dal PLP	20%	20%	20%	20%
M110	Adeguamento e integrazione cartella informatizzata HTH (programma regionale dipendenza) con inserimento dati obbligatori secondo nuova normativa	10%	10%	Compilazione dati obbligatori: anamnesi e diagnosi per singole cartelle ALCOL/GAMBLING	Flusso SIND	90% cartelle pazienti in carico per ALCOL/GAMBLING compilate	10%	10%	10%	10%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M112	Definizione percorso di valutazione e trattamento pazienti affetti da disturbo dovuto a uso di cocaina e disturbo da gioco d'azzardo da sottoporre a RTMS	10%	10%	1) Stesura procedura e presentazione al comitato etico di Novara per l'approvazione entro il 30/06/2025 2) Avvio dello studio/trattamenti ad approvazione avvenuta	Relazione documentale	1) Presentazione al comitato etico di Novara entro il 30/06/2025 2) S/N	10%	10%	10%	10%	
M085	Collaborazione alla definizione di un percorso di accompagnamento in gravidanza per le donne a carico al Servidio Dipendenze Patologiche dell'ASL CN2	10%	10%	1) Definizione del percorso entro 30/09/2025 2) Attuazione azioni previste dal 01/10/2025	1) Evidenza documentale 2) n° donne seguite /gravide in carico al SERD nel 4° trimestre 2025	1) SI/NO 2) 100%	10%	10%	10%	10%	
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	10%	10%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	10%	10%	10%	10%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento di salute mentale**Struttura:** SC Psichiatria**Direttore:** Rinaldi Franca (fino al 31/05/2025) – Daneluzzo Enrico (f.f. dal 01/08/2025)**Coordinatore:** Bergesio Laura

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	20%	20%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	20%	20%	20%	20%
S148	Riduzioni degli agiti aggressivi verso operatori SPDC attraverso uso di tecniche di de-escalation (anno di riferimento 2023)	10%	10%	Percentuale delle schede di de-escalation compilate sul totale delle schede SOAS	Relazione SPP e MC	1)100% delle schede di de-escalation compilation compilate e allegate alla scheda SOAS 2) Riduzione degli agiti aggressivi alla media 2023 (<=43%)	10%	10%	10%	10%
M113	Definizione di percorso assistenziale per giovani con psicosi all'interno delle varie strutture del dipartimento: ospedaliera, ambulatoriali (CSM centri di salute mentale), semiresidenziali (centri diurni) e residenziali (CTP comunità terapeutica psichiatrica)	20%	20%	Stesura indicazioni trattamento in continuità ospedale - territorio	1) Evidenza documentale 2) Applicazione indicazioni nel 2° semestre 2025	1) Evidenza documentale entro il 30/09/2025 2)100% dei nuovi casi discussi nelle riunioni di equipe multiprofessionali sul totale di nuovi casi (secondo semestre)	20%	20%	20%	20%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	20%	20%	1) D26C - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente > 18 anni (Codici diagnosi ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290-319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del	Report mensili	1) Media valore regionale 2) Valore 2025<2024	20%	20%	20%	20%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno
				ritardo mentale (317-319) e disciplina di dimissione uguale a 40) 2) D27C - % di re-ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria (funzione di tutela) (Codici diagnosi ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290-319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317-319) e disciplina di dimissione uguale a 40)						
A152	Aumento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	10%	10%	Aumento valore delle prestazioni ambulatoriali erogate	Report mensili	Valore 2025 >=valore 2024	10%	10%	10%	10%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area territoriale**Struttura:** SC Distretto 1**Direttore:** Panico Mirko**Coordinatore:** La Motta Giovanni, Ferrari Flora, Nota Paola, Costa Barbara

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	21,05%	20%	21,05%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	5%	0%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	5,26%	0%	5,26%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	1) Piani terapeutici Elettronici - Nota 97, Nota 100 2) Monitoraggio pazienti iper/ipo consumatori Consumo O2 domiciliare nel 2025 3) Utilizzo di formulazioni farmaceutiche che conducano al risparmio a parità di efficacia terapeutica 4) Appropriatezza prescrittiva L04	1) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale 2) Flussi Regionali (File F) 3) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale 4) Report trimestrali Farmacia Ospedaliera	1) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 97: < 19% - Nota 100: < 44% 2) Ossigeno liquido: quantità per uso domiciliare 2025 <=2024 3) Secondo file allegato (ALL.OB019) 4) Farmaci distribuiti: costo/DDD 2025 < costo/DDD 2024	5,26%	0%	3,90%	0%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	5%	0%	1) Riduzione ricoveri per BPCO riacutizzata 2) Riduzione ricoveri per scompenso cardiaco 3) Riduzione accessi evitabili in PS di pz over 75 anni 4) Riduzione ricoveri per asma e gastroenterite < 18 anni	Report periodici	Trend numero ricoveri/accessi in PS 2025<2024 (ogni sub obiettivo partecipa alla determinazione del raggiungimento del peso per 1/4)	5,26%	0%	2,63%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	5%	5%	Collaborazione alla 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
M104	Valutare e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	0%	1) Partecipare al gruppo di Audit aziendale 2) Analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Collaborazione alla definizione e applicazione del nuovo software RAO per l'appropriatezza delle prescrizioni su prestazioni: Risonanza rachide completo Ecografia addome completa Colonscopia Visita oculistica Visita Dermatologica 4) Audit sui report delle prescrizioni MMG, PLS, SAI	1) Verbalì incontri 2) Evidenza Documentale 3) Applicazione del nuovo software, riduzione inappropriatezza 4) Organizzazione di audit con i prescrittori	1) Verbalì incontri 2) Partecipazione a 3 audit con S.C. Radiodiagnostica e Distretto 2 (aprile-giugno-settembre) e almeno 1 con la Nutrizione Clinica 3) Riduzione richieste 897.* Prima visita nutrizione clinica: < 25% richieste inappropriate /totale richieste 4) Evidenza documentale e verbalì incontri	10,53%	0%	10,53%	0%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	10%	10%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso 3) Diminuzione degenza media CAVS	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale 3) Report trimestrali COT	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione nel secondo semestre 3) Degenza media 2025 < 2024, compresa tra 15 e 45 gg	10,53%	10%	10,53%	10%	
I022	Approccio al Fine vita	10%	10%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio (dirigenza + comparto) 2) Umanizzazione e sviluppo delle UOCP (dirigenza + comparto)	Report mensili	1) Sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Predisposizione percorso formativo e attivazione mobilità interna di 5 Infermieri 2a) Diminuzione del numero di deceduti in PS rispetto al numero di deceduti in Hospice / SIAD per causa di tumore o malattie degenerative	10,53%	10%	10,53%	10%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M106	Realizzazione PUA Casa della Comunità Alba	5%	5%	Attivazione servizio	Evidenza documentale	Entro il 30/06/2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5%	0%	1) Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione 2) Compilazione del patient summary da parte di ciascun MMG/PLS	Report Piattaforma regionale PADDI	1)ALTRI AMBULATORIALI: >=60% 2) Almeno il 70% degli assistiti entro il 30/09/2025 (DGR 36541 del 16/12/2024)	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	45%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0,00%	45%	0,00%	45%	
M125	Miglioramento appropriatezza prescrittiva e riduzione esami extra screening	5%	0%	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni	Flussi Regionali	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni: II° sem. 2025 < II° sem. 2024	5,26%	0%	0,00%	0%	
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	5%	5%	1) Collaborazione al gruppo di lavoro 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della procedura entro il 30/09/2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
P141	Miglioramento appropriatezza prescrittiva MMG - individuazione criteri appropriati di attivazione del Servizio Medicina Legale	5%	0%	Elaborazione criteri prescrittivi appropriati per invio a visita medico legale e condivisione con 1 équipe di MMG di Alba e 1 équipe di MMG di Bra	1) Elaborazione criteri prescrittivi condivisi 2) Verballi riunioni	1) Entro il 30/09/2025 2) 1 verbale équipe di Alba e 1 verbale équipe di Bra	5,26%	0%	5,26%	0%	
E154	Appropriatezza in ambito farmaceutico	5%	0%	1) Spesa pro-capite pesata DPC + CONVENZIONATA 2) Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto	Flussi regionale	1) Spesa 2025 in progressivo riallineamento alla media procapite regionale 2024 2) Riduzione ≥20% nel 2025 rispetto al 2022	5,26%	0%	2,63%	0%	

ASL CN 2	SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025										Verduno
	Totale	100%	100%				100%	100%	88,10%	100%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area territoriale**Struttura:** SC Distretto 2**Direttore:** f.f. Gianti Annamaria**Coordinatore:** Fachino Federica, La Motta Giovanni, Sampò Annamaria

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	21,07%	20%	21,07%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	5%	0%	Rispetto budget di servizio assegnato	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	5,26%	0%	5,26%	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	5%	0%	1) Piani terapeutici Elettronici - Nota 97, Nota 100 2) Monitoraggio pazienti iper/ipo consumatori Consumo O2 domiciliare nel 2025 3) Utilizzo di formulazioni farmaceutiche che conducano al risparmio a parità di efficacia terapeutica	1) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale 2) Flussi Regionali (File F) 3) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale	1) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 97: < 19% - Nota 100: < 44% 2) Ossigeno liquido: quantità per uso domiciliare 2025 <=2024 3) Secondo file allegato (ALL.OB019) 4) Farmaci distribuiti: costo/DDD 2025 < costo/DDD 2024	5,26%	0%	3,90%	0%
A004	Monitoraggio e garanzia LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	5%	0%	1) Riduzione ricoveri per BPCO riacutizzata 2) Riduzione ricoveri per scompenso cardiaco 3) Riduzione accessi evitabili in PS di pz over 75 anni 4) Riduzione ricoveri per asma e gastroenterite < 18 anni	Report periodici	Trend numero ricoveri/accessi in PS 2025<2024	5,26%	0%	2,63%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
M121	Riorganizzazione e umanizzazione punti prelievo in tutte le sedi	5%	5%	Collaborazione alla 1) Definizione cronoprogramma 2) Avvio e rispetto del cronoprogramma con integrazione del personale tra le varie sedi dal 2° semestre 2025	1) Cronoprogramma definito 2) Avvio integrazione personale tra diverse sedi	1) Entro 30/06/2025 2) S/N dal 2° semestre 2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
I022	Approccio al Fine vita	10%	10%	1) Partecipazione allo sviluppo di un percorso di cure palliative ospedale - territorio (dirigenza + comparto) 2) Umanizzazione e sviluppo delle UOCP (dirigenza + comparto) 3) Consulenze giornaliere medici palliativisti in ospedale (dirigenza) 4) Partecipazione dei medici palliativisti alla gestione del paziente in ospedale e nella UOCP (dirigenza)	Report mensili	1) Sviluppo del percorso entro il 30/09/2025 2) Predisposizione percorso formativo e attivazione mobilità interna di 5 Infermieri 2a) Diminuzione del numero di deceduti in PS rispetto al numero di deceduti in Hospice / SIAD per causa di tumore o malattie degenerative 3) n° consulenze in ospedale entro 24h 4) presa in carico pazienti entro 72h	10,53%	10%	10,53%	10%	
M104	Valutare e e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali	10%	0%	1) Partecipare al gruppo di Audit aziendale 2) Analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche 3) Collaborazione alla definizione e applicazione del nuovo software RAO per l'appropriatezza delle prescrizioni su prestazioni: Risonanza rachide completo Ecografia addome completa Colonscopia Visita oculistica Visita Dermatologica 4) Audit sui report delle prescrizioni MMG, PLS, SAI	1) Verbalì incontri 2) Evidenza Documentale 3) Applicazione del nuovo software, riduzione inappropriatezza 4) Organizzazione di audit con i prescrittori	1) Partecipazione al gruppo aziendale 2) Partecipazione a 3 audit con S.C. Radiodiagnostica e Distretto 1 (aprile-giugno-settembre) e almeno 1 con la Nutrizione Clinica 3) Riduzione richieste 897.* Prima visita nutrizione clinica: < 25% richieste inappropriate /totale richieste 4) Evidenza documentale e verbali incontri	10,53%	0%	10,53%	0%	
I025	Collaborazione alla redazione di un percorso aziendale per la gestione multidisciplinare della continuità assistenziale del paziente complesso	10%	10%	1) Stesura del percorso 2) Attivazione del percorso 3) Diminuzione degenza media CAVS	1) Evidenza documentale 2) Evidenza documentale 3) Report trimestrali COT	1) Stesura del percorso entro il 30/06/2025 2) Attivazione nel secondo semestre 3) Degenza media 2025 < 2024,	10,53%	10%	7,02%	10%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
						compresa tra 15 e 45 gg					
M106	Realizzazione PUA Casa della Comunità Bra	5%	5%	Attivazione servizio	Evidenza documentale	Entro il 30/06/2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5%	0%	1) Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione 2) Compilazione del patient summary da parte di ciascun MMG/PLS	Report Piattaforma regionale PADDI	1)ALTRI AMBULATORIALI: >=60% 2) Almeno il 70% degli assistiti entro il 30/09/2025 (DGR 36541 del 16/12/2024)	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	45%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0,00%	45%	0,00%	45%	
M125	Miglioramento appropriatezza prescrittiva e riduzione esami extra screening	5%	0%	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni	Flussi Regionali	N. di prestazioni di mammografia bilaterale (cod. 87.37.1) in donne età 50-69 anni: II° sem. 2025 < II° sem. 2024	5,26%	0%	0,00%	0%	
S146	Definizione procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e nelle strutture territoriali a gestione diretta (Hospice e CAVS)	5%	5%	1) Collaborazione al gruppo di lavoro 2) Elaborazione della procedura entro il 30/06/2025 3) Approvazione della procedura entro il 30/09/2025	Relazione Direttore Sanitario d'Azienda	1) Presentazione della proposta di procedura condivisa alla Direzione Sanitaria d'Azienda entro il 30/06/2025 2) Adozione della procedura entro il 30/09/2025	5,26%	5%	5,26%	5%	
P141	Miglioramento appropriatezza prescrittiva MMG - individuazione criteri appropriati di attivazione del Servizio Medicina Legale	5%	0%	Elaborazione criteri prescrittivi appropriati per invio a visita medico legale e condivisione con 1 équipe di MMG di Alba e 1 équipe di MMG di Bra	1) Elaborazione criteri prescrittivi condivisi 2) Verbalizzazioni riunioni	1) Entro il 30/09/2025 2) 1 verbale équipe di Alba e 1 verbale équipe di Bra	5,26%	0%	5,26%	0%	

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025								Verduno	
E154	Appropriatezza in ambito farmaceutico	5%	0%	1) Spesa pro-capite pesata DPC + CONVENZIONATA 2) Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto	Flussi regionale	1) Spesa 2025 in progressivo riallineamento alla media procapite regionale 2024 2) Riduzione ≥20% nel 2025 rispetto al 2022	5,26%	0%	2,63%	0%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	84,61%	100%	

Legenda: **Peso D** = Peso dirigenza **Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area territoriale**Struttura:** SS Servizio Farmaceutico Territoriale**Direttore:** Recalenda Valeria**Coordinatore:** ===

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	20%	20%	20,00%	20%
E018	Assicurare l'equilibrio economico finanziario dell'Azienda	30%	30%	Rispetto budget di servizio assegnato con delibera 56 del 17/01/2025, ed eventuali rettifiche e integrazioni della stessa, sulla base delle motivazioni evidenziate da servizi induttori di spesa, nel rispetto del risultato di bilancio atteso.	Relazione Direttore S.C. Bilancio e contabilità	S/N	30%	30%	30,00%	30%
M111	Promozione azioni miglioramento utilizzo antibiotici	20%	20%	Report periodici per singolo MMG/PLS	Report quadrimestrali	Almeno 3 report	20%	20%	20,00%	20%
M114	Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata	30%	30%	Report periodici per singolo MMG/PLS	Report quadrimestrali	Almeno 3 report	30%	30%	30,00%	30%
	Totale	100%	100%				100%	100%	100%	100%

Legenda: Peso D = Peso dirigenza**Peso C** = Peso comparto

Dipartimento: Dipartimento area territoriale
Struttura: SSD Diabetologia ed Endocrinologia
Direttore: Fraticelli Emanuele
Coordinatore: Grimaldi Mario

Cod.	Obiettivo	Peso D	Peso C	Indicatore	Modalità di valutazione	Valore STD	Peso D ricalcolato	Peso C ricalcolato	Peso D raggiunto	Peso C raggiunto
D001	Partecipazione all'attuazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale secondo DGR 26-801 del 17/02/2025 e DGR 16-817 del 24/02/2025	20%	20%	Garantire la tempestiva ed efficace attuazione delle disposizioni emanate dalla Direzione strategica	Relazione DG	S/N	22,22%	20%	22,22%	20%
E020	Efficientamento appropriatezza prescrittiva e utilizzo D.M.	20%	0%	Rispetto delle indicazioni fornite dalla Farmacia Ospedaliera	Report trimestrali	D.M. spesa 2025 <=2024 o almeno riallineamento della spesa media procapite della regione Piemonte	22,22%	0%	0,00%	0%
M065	Definizione e avvio ambulatorio prevenzione primaria "Piede Diabetico"	10%	0%	Attivazione servizio e Integrazione percorso Wound Care Alba e Bra I° Livello Verduno II° Livello	Evidenza documentale	Refertazione diario clinico della prestazione su cartella clinica informatizzata metaCLinic Prestazione "Wound care Piede Diabetico" 2025 > 2024 in relazione alle risorse di personale	11,11%	0%	11,11%	0%
D017	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	10%	0%	Documenti Sanitari firmati digitalmente mediante applicativi / Documenti Sanitari emessi relativamente agli applicativi che ne prevedano la funzione	Report Piattaforma regionale PADDI	ALTRI AMBULATORIALI: >=60%	Obiettivo Sterilizzato	0%	Obiettivo Sterilizzato	0%
E019	Efficientamento e appropriatezza prescrittiva ed erogativa	20%	0%	1) Piani terapeutici Elettronici Nota 100 2) Ipoglicemizzanti analoghi GLP-1-R e rispetto delle indicazioni del Servizio Farmaceutico Territoriale	1) Report trimestrali Servizio Farmaceutico territoriale	1) % Ricette prescritte non associate a PTE/Totale ricette DEMA - Nota 100: < 44% 2) Spesa 2025 in progressivo riallineamento alla spesa procapite media regionale 2025 (spesa	22,22%	0%	22,22%	0%

ASL CN 2		SCHEDA OBIETTIVI DI STRUTTURA 2025									Verduno
						procapite regionale - spesa procapite CN2) < 2024 (spesa procapite regionale - spesa procapite CN2)					
A002	Rispetto volumi e tempi di attesa prestazioni PNGLA	20%	0%	1) Volume atteso per tipologia di prestazioni PNGLA: - 897.07 PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA 2) Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni PNGLA classi D e P	1) Valutazione secondo allegato 1 2) Report mensili (SAFO + CdG)	Indicazioni secondo allegato di dettaglio: 1) Erogazione: - raggiungimento 100%: n° di prestazioni attese PNGLA e produzione totale 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 90% se produzione PNGLA 2025 > produzione massima tra 2024 e 2019 - raggiungimento 50% se produzione totale 2025 = 2024 2) Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni PNGLA classi D e P per il 90% delle singole prestazioni raggiungimento calcolato con funzione lineare	22,22%	0%	21,37%	0%	
M035	Formazione obbligatoria corso cure fondamentali secondo programmazione DIPSA, pianificazione ed erogazione da parte degli Infermieri e degli OSS su prescrizione	0%	80%	Partecipazione eventi programmati dalla DIPSA	Evidenza documentale	100%	0,00%	80%	0,00%	80%	
	Totale	100%	100%				100%	100%	76,92%	100%	

Legenda: Peso D = Peso dirigenza

Peso C = Peso comparto

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

DIRETTORE: VERNA Valter

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	Analisi attività di ogni struttura, proposte di miglioramento per incremento attività (diminuzione mobilità passiva o aumento mobilità attiva). Individuare aree di fuga per reparto/dipartimento.	Numero incontri con le strutture afferenti al Dipartimento e le strutture: Programmazione e Controllo, Direzione Medica di Presidio, DIPSA.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 incontro a quadrimestre	15%	15%
E1	Analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e proposte di efficientamento.	Relazione, analisi e proposte di efficientamento con il supporto delle seguenti strutture: Farmacia Ospedaliera, Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Direzione Medica di Presidio, DIPSA, Qualità, Risk Management.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 relazione a quadrimestre	15%	15%
Totale					30%	30%

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

DIRETTORE: POMERO Fulvio

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	Analisi attività di ogni struttura, proposte di miglioramento per incremento attività (diminuzione mobilità passiva o aumento mobilità attiva). Individuare aree di fuga per reparto/dipartimento.	Numero incontri con le strutture afferenti al Dipartimento e le strutture: Programmazione e Controllo, Direzione Medica di Presidio, DIPSA.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 incontro a quadrimestre	15%	15%
E1	Analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e proposte di efficientamento.	Relazione, analisi e proposte di efficientamento con il supporto delle seguenti strutture: Farmacia Ospedaliera, Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Direzione Medica di Presidio, DIPSA, Qualità, Risk Management.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 relazione a quadrimestre	15%	15%
Totale					30%	30%

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

DIRETTORE: SCHIRALDI Marco

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	Analisi attività di ogni struttura, proposte di miglioramento per incremento attività (diminuzione mobilità passiva o aumento mobilità attiva). Individuare aree di fuga per reparto/dipartimento.	Numero incontri con le strutture afferenti al Dipartimento e le strutture: Programmazione e Controllo, Direzione Medica di Presidio, DIPSA.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 incontro a quadrimestre	15%	15%
E1	Analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e proposte di efficientamento.	Relazione, analisi e proposte di efficientamento con il supporto delle seguenti strutture: Farmacia Ospedaliera, Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Direzione Medica di Presidio, DIPSA, Qualità, Risk Management.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 relazione a quadrimestre	15%	15%
Totale					30%	30%

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

DIRETTORE: GATTI Ruggero

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	D.G.R. 26-801 – Potenziamento delle attività del Centro Steadycam (a parità di risorse umane) con sviluppo/potenziamento di progetti di prevenzione in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento Materno Infantile.	1. Apertura programmata del Centro 4 giorni/settimana. 2. Incremento del numero di giovani raggiunti dalle attività del Centro Steadycam. 3. Presenza di almeno un progetto in collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile – S.S. Consultorio.	Relazione documentale del Direttore Sanitario d'Azienda.	1. Evidenza documentale. 2. Incremento del 15% rispetto al 2024. 3. Evidenza documentale entro il 31/12/2025.	30%	30%
Totale					30%	30%

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: RINALDI Franca – GATTI Ruggero

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	Analisi attività di ogni struttura, proposte di miglioramento per incremento attività (diminuzione mobilità passiva o aumento mobilità attiva). Individuare aree di fuga per reparto/dipartimento.	Numero incontri con le strutture afferenti al Dipartimento e le strutture: Programmazione e Controllo, Direzione Medica di Presidio, DIPSA.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 incontro a quadrimestre	15%	15%
E1	Analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e proposte di efficientamento.	Relazione, analisi e proposte di efficientamento con il supporto delle seguenti strutture: Farmacia Ospedaliera, Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Direzione Medica di Presidio, DIPSA, Qualità, Risk Management.	Verbalì degli incontri	Almeno 1 relazione a quadrimestre	15%	15%
Totale					30%	30%

SCHEDA OBIETTIVI DI DIPARTIMENTO 2025

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RICERCA E CLINICA DELLA NUTRIZIONE

DIRETTORE: BERTI Stefano

Cod. Ob.	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Modalità Valutazione	Valore STD	Peso	Peso Raggiunto
A1	DGR 7-8279 del 11.03.2024 – Obiettivo 4.3 – Recupero mobilità passiva. D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 – 15 Mobilità sanitaria: regionale e interregionale. Analisi delle attività offerte dalle strutture coinvolte nel Progetto di Chirurgia Bariatrica e proposte di miglioramento per diminuire la mobilità passiva e aumentare la mobilità attiva a livello di Area Piemonte Sud.	Organizzazione di incontri con le strutture aziendali coinvolte nel PSDTA interaziendale di Chirurgia Bariatrica (con il supporto delle strutture: Programmazione e Controllo, Direzione Medica di Presidio, DIPSA) e formulazione di azioni di supporto e miglioramento (a iso-risorse).	1) Verbali degli incontri 2) Monitoraggio delle azioni proposte.	1) 1 incontro semestrale 2) Evidenza documentale del grado di raggiungimento degli standard attesi dalle azioni di miglioramento.	30%	30%
Totale					30%	30%