

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 1 di 521

Direttore: **BONGIOANNI MARIA ROBERTA**

Struttura: **DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante. VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 2 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	70	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 3 di 521

Direttore: **FIORETTO FRANCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 92,60 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 4 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 5 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.

Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 31.08.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 31.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".

VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.

Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore del Dipartimento dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

20	0
----	---

63,00	100,00
-------	--------

DIREZIONE
GENERALE AO
S. CROCE

VALUTAZIONE ANNUALE: Con mail del 19/04/2023 la Segreteria della Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo: 63%

L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 63%.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 6 di 521

Direttore: **_GHIGO GABRIELE (dal 01/06/2022)**

Struttura: **DIPARTIMENTO PER L'INTEGRAZIONE TERRITORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 7 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le sostanziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le parziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia il non raggiungimento delle riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Sono state messe in atto tramite i Distretti azioni per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso la prescrizione di specialità e confezioni cost-saving, incontri con MMG iperprescrittori, azioni su iperconsumatori e attività di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Dal monitoraggio della spesa il trend della farmaceutica convenzionata risulta in aumento nel periodo gennaio -giugno 2022 rispetto al medesimo periodo del 2021, nel mese di luglio 2022 si registra invece un significativo decremento rispetto all'anno precedente."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 8 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 9 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

10	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 10 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 11 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 12 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.

Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 30.08.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 30.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto.

10	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".

VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 13 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria > 1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che conferma a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 14 di 521

Direttore: **_NEGRO MAURO**

Struttura: **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** **100,00 %** **Media 2:** **0,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 15 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 16 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 85%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 17 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 18 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	10	0	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	----	---	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 19 di 521

Direttore: **PAPALEO ALBERTO (dal 01/12/2022) - RUSSI ELVIO GRAZIOSO**

Struttura: **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI (dipendente da AO S. Croce)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 0,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 20 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	70	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 21 di 521

Direttore: **PAZZAIA TONI**

Struttura: **DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.	Nel corso del 2022 il progetto CartoRisk viene svolto in 2 unità operative del Dipartimento Chirurgico (Ortopedia e Traumatologia Savigliano, ORL) con gruppi di lavoro multidisciplinari che coinvolgono nel confronto con altre Strutture (S.C. Anestesia e Rianimazione, S.S. Risk Management) e anche altre SC del Dipartimento Chirurgico. Il Dipartimento Chirurgico partecipa alle riunioni sia per il confronto in itinere, sia per l'analisi dei risultati conseguiti e al termine dell'anno produce un report da cui risulti la possibilità eventuale di applicazione in altre Unità Operative, individuando quelle più adatte al proseguimento del progetto. Partecipazione al confronto con le strutture operative che portano avanti il progetto, in riunioni specifiche.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza alle riunioni (100%) e produzione del report finale entro il 31.12.2022. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Presenza alle riunioni (>80%<100%) e produzione del report finale entro il 31.12.2022. - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Presenza alle riunioni (> 50%<80) e produzione del report finale entro il 31.12.2022. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Presenza alle riunioni (< 50%) e mancata produzione del report. 	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. CHIRURGICO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaia "Collaborazione attiva ai lavori delle SSCC partecipanti al progetto, con contributo alla individuazione delle criticità via via emerse e alla scelta delle misure</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: la partecipazione al progetto CartoRisk è stata costante e attiva. Al di là della partecipazione alle riunioni previste, si è verificato un continuo scambio di opinioni con le figure perofessionali coinvolte. L'adozione di una metodologia di controllo e verifica del percorso consente di intraprendere azioni proattive nei confronti degli errori più tipici che, anche senza costituire un rischio per la salute dei pazienti, possono impattare pesantemente sull'aspetto organizzativo. La presenza di una check-list interna, inoltre, agevola moltissimo i neo-assunti nell'allestimento della cartella clinica. Tutte le SC di ambito chirurgico potrebbero avvalersi di questo progetto come si evince dal report finale del</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 22 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 23 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 24 di 521

Direttore: **_QUERCIO MARCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 25 di 521

Definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS.

Definizione percorsi condivisi con il DEU per la allocazione dei pazienti dai PS.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione dei percorsi entro il 31/12/2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione dei percorsi.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: Sono in corso contatti con i direttori dei DEA per individuare i percorsi condivisi tenendo conto delle recenti indicazioni regionali in proposito.

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: l'obiettivo è divenuto di priorità aziendale stante le indicazioni regionali ricevute per la gestione del sovraffollamento del boarding in PS. I documenti aziendali elaborati e pervenuti via mail in data 31/8 - 6/9 13 e 18/10 10/11 dal Coordinamento presidi hanno determinato i flussi gestionali regolando le diverse fasi di sovraffollamento. Tale attività prosegue con ulteriori documenti regionali pervenuti nel 2023. La documentazione è disponibile agli atti per le verifiche opportune.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 26 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 27 di 521

Direttore: **_RAVIOLO MARIO**

Struttura: **DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 28 di 521

Definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS.

Definizione percorsi condivisi con il Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione dei percorsi entro il 31/12/2022 in collaborazione con il Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione dei percorsi.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: nel verbale della riunione di Dipartimento del 29/08/2022 si prendeva atto che la Regione Piemonte aveva richiesto alle ASL un piano di azione per la gestione del boarding dal PS verso i reparti per acuti ed era stato dato mandato dalla Direzione ai Direttori di Dipartimento di attivare tutte le strategie atte a gestire la situazione. Con nota prot. 110646 del 07/09/2022 l'ASL CN1 ha trasmesso alla Regione Piemonte le linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding nell'Azienda.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: l'obiettivo è divenuto di priorità aziendale stante le indicazioni regionali ricevute per la gestione del sovraffollamento del boarding in PS. I documenti aziendali elaborati e pervenuti via mail in data 31/8 - 6/9 13 e 18/10 - 10/11 dal Coordinamento presidi hanno determinato i flussi gestionali regolando le diverse fasi di sovraffollamento. Tale attività prosegue con ulteriori documenti regionali pervenuti nel 2023. La documentazione è disponibile agli atti per le verifiche opportune.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 29 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 30 di 521

Direttore: **RISSO FRANCESCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,70 % **Media 2:** 0,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pes		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE - trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 31 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 32 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	0
----	---

97,00	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO PER IL P1 AL 97% E PER IL P2 AL 100%

VERIFICA ANNUALE -Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 33 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 34 di 521

Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.

Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore del Dipartimento dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE
GENERALE AO
S. CROCE

VALUTAZIONE ANNUALE: Con nota prot. 14282 del 12/04/2023 la SS Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo: 100%

L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 35 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 36 di 521

Direttore: **ACCHIARDI MAURA**

Struttura: **S.S. ACQUISTI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 37 di 521

Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).

Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 5% delle autocertificazioni.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 3% delle autocertificazioni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 2% delle autocertificazioni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun controllo effettuato nel secondo semestre 2022 delle autocertificazioni.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107394 del 30/08/2022: Con riferimento al presente obiettivo, si rappresenta che, in data 28.04.2022 si è svolta una riunione di servizio finalizzata all'illustrazione di tutti gli obiettivi assegnati alla struttura, nell'ambito della quale, in merito al "Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000)" è stata definita una procedura per la creazione di una base dati delle autocertificazioni presentate utile ai fini della determinazione della percentuale di controlli effettuati. A tal fine, si è stabilito che, sul documento riepilogativo trasmesso alla Segreteria Acquisti per ogni singola procedura venga riportato, in apposito campo, il numero di offerte presentate corredate da autocertificazione. Nel periodo 01.05.2022- 30.08.2022 le autocertificazioni presentate sono state 152 e quelle controllate 64, con una percentuale del 42% ca.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Mail del 16/02/2023 con la quale l'AVV. Acchiardi riferisce che come da documentazione agli atti della struttura, nel periodo 01/05/2022 - 31/12/2022, sono state controllate 219 autocertificazioni su un numero complessivo di 411 autocertificazioni presentate, corrispondente ad una percentuale del 53%.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 38 di 521

Definizione scadenziario gare e contratti.

Definizione di uno scadenziario delle gare in essere con un alert di segnalazione del termine di scadenza del contratto per la predisposizione delle procedure di rinnovo di gara al fine di evitarne la proroga. Definizione piano scadenze contratti. Rispetto dello scadenziario definitivo.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): rispetto dello scadenziario dei contratti nella totalità dei casi, salvo proroghe tecniche o giustificazioni concordate con la Direzione Amministrativa. Definizione del piano scadenze contratti entro il 30/06/2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato rispetto dello scadenziario salvo proroghe tecniche o giustificazioni concordate con la Direzione Amministrativa. Mancata definizione del piano.

20 25

100,00 100,00

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107394 Avv. Acchiardi: Con riferimento al presente obiettivo, si rappresenta che, in data 28.04.2022 si è svolta una riunione di servizio finalizzata all'illustrazione di tutti gli obiettivi assegnati alla struttura, nell'ambito della quale, in merito alla "Definizione scadenziario gare e contratti" è stata definita una procedura che prevede un duplice livello di controllo, in cui, al controllo dello scadenziario da parte di ciascun addetto alla gestione delle gare, si affianca l'invio di una mail di alert da parte della segreteria entro la data indicata nello scadenziario. A tal fine è stato predisposto un modello comune e gli scadenziari di ciascun settore sono stati adeguati al modello e salvati in cartella comune entro il 31.05.2022 e, come da disposizioni impartite, ciascun settore deve provvedere a tenere costantemente aggiornato il proprio scadenziario. Agli atti: verbale 28.04.2022; scadenziari suddivisi per settori di attività; alert trasmessi dalla segreteria.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Mail del 16/02/2023 con la quale l'AVV. Acchiardi allega i file degli scadenziari suddivisi per i vari settori di attività (agli atti del servizio), che riportano nell'ultima colonna l'esito delle procedure espletate ovvero lo stato delle procedure ancora in corso. Al riguardo, si precisa che in casi limitati si è reso necessario attivare la proroga tecnica o procedere alla stipula di contratti ponte nelle more dell'espletamento di procedure già

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 39 di 521

avviate o in attesa degli esiti di procedure aggregate di competenza di SCR Piemonte, Consip o altre ASL individuate quali capofila. In generale si è cercato di conciliare l'esigenza di rispettare le scadenze contrattuali e di garantire continuità alle forniture con l'esigenza di attivare nuove procedure per soddisfare richieste relative a fabbisogni non previsti in scadenziario e in programmazione. Inoltre, a causa dell'indisponibilità di numerose ditte a rinnovare il contratto alle medesime condizioni economiche, si è reso necessaria l'attivazione di nuove procedure anche laddove era stato programmato il rinnovo. Si evidenzia infine che negli scadenziari allegati non sono riportate le procedure relative all'acquisto di cespiti i cui contratti non prevedono una durata e di conseguenza non vengono gestiti tramite lo scadenziario.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 40 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 41 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 97%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 42 di 521

Procedura approvvigionamenti.	Revisione linee guida e modulistica procedura approvvigionamenti e validazione come procedura di qualità con relativo inserimento su format.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/12/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/01/2023; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): revisione completa entro il 31/12/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/03/2023; - Obiettivo non raggiunto (<60%): revisione non effettuata entro il 31/12/2022. 	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "I servizi coinvolti si sono incontrati più volte (15/06, 22/06 e 21/07) per aggiornare la procedura in oggetto. In data 02/08 è pervenuto il contributo da parte del Direttore S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che ha completato la parte di competenza. Pertanto la procedura di revisione risulta già a buon punto. I contributi mancanti verranno acquisiti in tempo utile al fine di completare la revisione entro il termine del 30 settembre e quindi inserire su format qualità entro il 31/12/2022."</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce: con mail del 05/12/2022 la SS Formazione Competenze e Qualità comunica che la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale a seguito della raccolta firme e in pari data è stata diffusa tramite lettera inviata su Gismaster (nota prot. n. 0152771) alle strutture coinvolte nell'applicazione. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI CON LA COLLABORAZIONE DELLA STRUTTURA SS ACQUISTI</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
-------------------------------	--	--	----	----	--------	--------	-------------------------------------	---	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 43 di 521

Direttore: **AIMAR FABIO**

Struttura: **S.C. BILANCIO E CONTABILITA'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 44 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 45 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 78%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 46 di 521

Procedura cassa prestazioni (ogni
Struttura per quanto di competenza).

Revisione e aggiornamento
della procedura cassa
prestazioni pscup004
correlata al piano attuativo
della certificabilità, con
progressivo adeguamento
alle nuove tipologie di
pagamento digitale, secondo
i percorsi condivisi con la
Regione Piemonte.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione completa entro il
30/09/2022 e inserimento su format
procedure qualità entro il 31/12/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
completa entro il 30/09/2022 e
inserimento su format procedure
qualità entro il 31/01/2023;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione completa
entro il 30/11/2022 e inserimento su
format procedure qualità entro il
31/03/2023;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
revisione non effettuata entro il
31/12/2022.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE:
protocollo 106698 del 29/08/2022
inviato dall'Avv. Poggio: "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di
revisione e aggiornamento."

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

VERIFICA ANNUALE - Nota del
03/02/2023 prot. 15602 dell'Avv.
Poggio che riferisce: con
protocollo 106698 del 29/08/2022 è
stato comunicato che "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 47 di 521

revisione e aggiornamento."
OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI
TERMINI PREVISTI CON LA
COLLABORAZIONE DELLE
STRUTTURE COINVOLTE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 48 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Verifica complessiva dell'andamento delle spese rispetto agli importi assegnati ad ogni servizio per ogni singolo conto. Monitoraggio con i Responsabili di Macro Area dell'utilizzo del budget CO.SE. assegnato.
b) Invio di comunicazioni ai Servizi delegati con riferimento alle richieste di cui alle scadenze aziendali e regionali. Invio di comunicazioni per le vie brevi sulle fatture non autorizzate al pagamento.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Dialogo con il coordinamento di Macro Area ed eventualmente con i Servizi delegati e segnalazione alla Direzione Amministrativa di eventuali problematiche del rispetto del budget.
b) Gestione del work-flow di liquidazione dei documenti; invio di solleciti tramite email e per le vie brevi qualora risultino ritardi nel corretto caricamento di costi certi e presunti, nella pronta liquidazione delle fatture o di quanto necessario al buon funzionamento della contabilità, nel rispetto dei termini di legge e delle richieste della Regione.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato dialogo con il coordinamento di Macro Area e mancate segnalazioni alla Direzione Amministrativa di eventuali problematiche del rispetto del budget; b) Mancato invio di solleciti ai Servizi.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Chiusura al II trimestre 2022 con rappresentazione alla Direzione apicale dei principali scostamenti di budget; confronti per le vie brevi con titolari dei budget DAM (Poggio), TER (Ghigo, Cagliari) e FAC (Gambone). Inviati sino al 10 agosto 2022 nr. 4 solleciti generalizzati liquidazione fatture e caricamento DURC, oltre a varie segnalazioni specifiche (ed a quelle correnti di work flow). Partecipazione alle riunioni sulle richieste regionali, per il rispetto delle scadenze aziendali."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che l'andamento delle spese è stato oggetto di monitoraggio mensile e trimestrale, con dialogo e confronto con i coordinamenti di Macro Area e con gli specifici servizi, segnalando alla Direzione Amministrativa gli incrementi di spesa e le "tensioni di budget". Vi sono stati specifici approfondimenti sulle attività di efficientamento richieste dalla

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 49 di 521

Regione Piemonte, nonché sulle attività derivanti da specifici provvedimenti (DGR\DD). E' stato gestito proattivamente il work flow per l'autorizzazione al pagamento dei documenti passivi; sono state inviate segnalazioni per la pronta autorizzazione al pagamento delle fatture mediante solleciti generalizzati, richiamo al corretto caricamento dei DURC, oltre a varie richieste specifiche ad utenti e responsabili. Le scadenze aziendali e regionali sono state rispettate.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 50 di 521

Direttore: **AIRALE ERALDO**

Struttura: **S.S.D. VIGILANZA STRUTTURE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 51 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	30
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 52 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 82%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

20	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 53 di 521

Vigilanza Strutture.	Attività di vigilanza.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Verifica del 100% delle RSA e del 50% delle strutture per disabili; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Verifica di almeno il 95% delle RSA e del 45% delle strutture per disabili; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Verifica di almeno il 60% delle RSA e del 30% delle strutture per disabili; - Obiettivo non raggiunto (<60%): Verifica di meno di meno del 60% delle RSA e di meno del 30% delle strutture per disabili. 	30	30	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS VIGILANZA STRUTTURE SANITARIE SOCIO ASS.LI</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 25/08/2022: dal 01/01/2022 al 08/08/2022 sono stati effettuati n. 190 VERBALI di cui N. 161 SOPRALLUOGHI (n. 115 Strutture Anziani su un totale di n. 121 Strutture, n. 22 Strutture Disabili su un totale di n. 48 Strutture e n. 24 Strutture Minori (minori - prima infanzia e centri estivi)) e N. 29 SEDUTE (n. 22 Strutture Anziani, n. 3 Strutture Disabili e n. 4 Strutture Minori).</p> <p>PERTANTO L'OBIETTIVO RISPETTO AL TARGET RISULTA SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 23/02/2023 che riferisce che dal 09.08.2022 al 31.12.2022 sono stati effettuati n. 105 VERBALI di cui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 67 SOPRALLUOGHI (n. 29 Strutture Anziani, n. 8 Strutture Disabili e n. 30 Strutture Minori (minori - prima infanzia e centri estivi)); - n. 38 SEDUTE (n. 24 Strutture Anziani, n. 2 Strutture Disabili e n. 12 Strutture Minori (minori - prima infanzia e centri estivi)). <p>Pertanto l'obiettivo rispetto al target risulta totalmente raggiunto.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
----------------------	------------------------	---	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 54 di 521

Direttore: **AIRALE ERALDO (Direttore sostituto)**

Struttura: **S.C. DISTRETTO NORD-EST**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 55 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 56 di 521

Contenimento dei costi in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata).

Impegno nella riduzione dei costi di euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Riduzione dei costi pari ad euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale.- Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100) Riduzione dei costi tra euro 130.000 ed euro 144.000 per la nutrizione enterale e tra euro 400.000 ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata.
- Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Riduzione dei costi tra euro 80.000 ed euro 130.000 per la nutrizione enterale tra euro 320.000 ed euro 400.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale:- Obiettivo non raggiunto (<60%): realizzazione analisi dei costi < di 80.000 euro per la nutrizione enterale e < a 320.000 euro per la farmaceutica convenzionata.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano: "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la dietologia dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia Territoriale e con i Medici di medicina generale." Con nota prot. 163567 del 29/12/2022 il Dott. Ghigo riferisce che è stata richiesta la revisione del target nella riduzione dei costi per la nutrizione enterale (come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021) in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. L'andamento della spesa nel corso del 2022 (spesa 2021 circa 1.724.000 euro, standard richiesto -144.000 euro pari a circa 1.580.000 euro, dotazione iniziale 1.626.000 euro circa, spesa in decrescita fino a 1.634.000 euro circa di novembre) si ritiene perseguibile allo stato dei fatti e degli interventi possibili il risultato economico di sostanziale pareggio con la dotazione assegnata o di minor decremento incremento (-55.000 euro) rispetto al 2021 e si richiede di rivedere conseguentemente lo standard dell'obiettivo. In riferimento alla farmaceutica convenzionata, nonostante gli interventi già attuati e pur tenendo conto delle azioni correttive intraprese ed ancora in corso di

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 57 di 521

realizzazione e di corresponsabilizzazione dei prescrittori interni ed esterni sull'appropriatezza e sugli effetti economici delle prestazioni, si conferma la richiesta di revisione del target dell'obiettivo nella riduzione dei costi di euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021 in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. Tenuto conto di quanto sopra e dei significativi ed importanti interventi mirati al contenimento della spesa, che si colloca comunque ai livelli minimi su base regionale, si ritiene realisticamente perseguibile il risultato economico di riduzione dei maggiori costi per la farmaceutica convenzionata, con una stima di maggior spesa percentuale intorno al 2 % rispetto al 2021, in linea con l'andamento delle ASL a minor spesa, e si chiede di adeguare lo standard dell'obiettivo a tale %.

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi ed alla verifica di appropriatezza, in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la Dietologia dell'ASO S.Croce e Carle. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia territoriale e con i Medici di Medicina Generale. Nell'anno 2022 la spesa farmaceutica lorda dell'ASLCN1 è aumentata del 2,3%, in linea con gli incrementi

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 58 di 521

registrati per le ASL con minor spesa pro-capite. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con un valore pari ad € 132,50, rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94. Si può inoltre affermare che la spesa farmaceutica convenzionata dell'ASLCN1 ha sostanzialmente mantenuto il valore di spesa pro-capite dell'anno 2019 (pre-pandemia), pari ad € 132,05."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 59 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le sostanziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le parziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia il non raggiungimento delle riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Sono state messe in atto tramite i Distretti azioni per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso la prescrizione di specialità e confezioni cost-saving, incontri con MMG iperprescrittori, azioni su iperconsumatori e attività di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Dal monitoraggio della spesa il trend della farmaceutica convenzionata risulta in aumento nel periodo gennaio -giugno 2022 rispetto al medesimo periodo del 2021, nel mese di luglio 2022 si registra invece un significativo decremento rispetto all'anno precedente."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 60 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 61 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 97%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 62 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 63 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 64 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 65 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.

Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 30.08.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 30.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".

VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 66 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata dal Coordinatore di Macro-area; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, se non giustificato e/o concordato con il Coordinatore di Macro-area, entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che evidenzia a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 67 di 521

Scheda "Risorse/Attività"

Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".
L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 99 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.
-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 98.
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).
Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).
Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività (come deciso in sede di budget, viene considerato il dato complessivo dei quattro Distretti) del I sem. è 96,9, ma il trend temporale risulta positivo, se confermato nei prossimi mesi, potrebbe consentire un ulteriore sensibile miglioramento dell'indicatore.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE- Mail del 22/02/2023: "Come deciso in sede di budget, la valutazione dell'obiettivo viene effettuata considerando congiuntamente i quattro Distretti. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività dell'insieme dei Distretti è 96,6, "aggiustato" a 98, in seguito alla nettizzazzione dell'incremento tariffario, riconosciuto dalla Regione Piemonte in corso d'anno ed applicato retroattivamente da gennaio, non previsto in fase di assegnazione del budget.

Ulteriori considerazioni:-
l'incremento rispetto al 2021

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 68 di 521

osservato a carico dei ""Dispositivi medici"" ha riguardato quasi esclusivamente: 1) tamponi COVID utilizzati nelle strutture residenziali, 2) sensori e altro materiale per diabetici, 3) pannoloni e 4) protesi cocleari;- nel corso del 2022 si è osservata una costante, progressiva e consistente riduzione della spesa per anziani e disabili si propone alla Direzione di riconoscere il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Considerate tutte le motivazioni sopra esposte, si propone il pieno

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 69 di 521

Direttore: **ALBERICO GRAZIA MARIA**

Struttura: **S.S. FORMAZIONE SVILUPPO DELLE COMPETENZE E QUALITA'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 70 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 71 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 87%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 72 di 521

Interscambiabilità operatori.

Mappatura delle attività e diffusione delle competenze. Mappatura delle attività affidate a un solo dipendente e individuazione degli affiancamenti entro il 31/07/2022. Pieno superamento attraverso affiancamenti, di tutte le situazioni in cui una attività è affidata a un solo dipendente entro il 31/12/2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): mappatura effettuata entro il 31/07/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): mappatura effettuata entro il 31/08/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): mappatura effettuata entro il 30/09/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata mappatura e diffusione competenze.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Mail in data 01/08/2022 con cui il Dott. Balocco riferisce che il Servizio coinvolto ha trasmesso entro il 31/07/22 la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono già stati individuati gli operatori dedicati e nella maggior parte dei casi i sostituti. Nella seconda metà dell'anno verranno identificate le persone ancora mancanti per garantire un'effettiva interscambiabilità degli operatori in tutte le attività svolte dai Servizi coinvolti.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10/02/2023 il Dottor Balocco riferisce che in data 08/02/23, la Dott.ssa Alberico ha trasmesso la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono stati individuati gli operatori dedicati ed i sostituti. L'interscambiabilità degli operatori risulta garantita al 100%.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 73 di 521

Procedura approvvigionamenti.	Revisione linee guida e modulistica procedura approvvigionamenti e validazione come procedura di qualità con relativo inserimento su format.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/12/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/01/2023; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): revisione completa entro il 31/12/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/03/2023; - Obiettivo non raggiunto (<60%): revisione non effettuata entro il 31/12/2022. 	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "I servizi coinvolti si sono incontrati più volte (15/06, 22/06 e 21/07) per aggiornare la procedura in oggetto. In data 02/08 è pervenuto il contributo da parte del Direttore S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che ha completato la parte di competenza. Pertanto la procedura di revisione risulta già a buon punto. I contributi mancanti verranno acquisiti in tempo utile al fine di completare la revisione entro il termine del 30 settembre e quindi inserire su format qualità entro il 31/12/2022."</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce: con mail del 05/12/2022 la SS Formazione Competenze e Qualità comunica che la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale a seguito della raccolta firme e in pari data è stata diffusa tramite lettera inviata su Gismaster (nota prot. n. 0152771) alle strutture coinvolte nell'applicazione. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI CON LA COLLABORAZIONE DELLA STRUTTURA SS FORMAZIONE</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
-------------------------------	--	--	---	----	--------	--------	-------------------------------	---	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 74 di 521

Procedura cassa prestazioni (ogni
Struttura per quanto di competenza).

Revisione e aggiornamento
della procedura cassa
prestazioni pscup004
correlata al piano attuativo
della certificabilità, con
progressivo adeguamento
alle nuove tipologie di
pagamento digitale, secondo
i percorsi condivisi con la
Regione Piemonte.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione completa entro il
30/09/2022 e inserimento su format
procedure qualità entro il 31/12/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
completa entro il 30/09/2022 e
inserimento su format procedure
qualità entro il 31/01/2023;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione completa
entro il 30/11/2022 e inserimento su
format procedure qualità entro il
31/03/2023;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
revisione non effettuata entro il
31/12/2022.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE:
protocollo 106698 del 29/08/2022
inviato dall'Avv. Poggio: "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di
revisione e aggiornamento."

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

VERIFICA ANNUALE - Nota del
03/02/2023 prot. 15602 dell'Avv.
Poggio che riferisce: con
protocollo 106698 del 29/08/2022 è
stato comunicato che "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 75 di 521

revisione e aggiornamento."
OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI
TERMINI PREVISTI CON LA
COLLABORAZIONE DELLE
STRUTTURE COINVOLTE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 76 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 77 di 521

Direttore: ALFONZO SANTO

Struttura: S.C. S.Pre.S.A.L.

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,50 % Media 2: 99,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 78 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino al 95%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e ha

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 79 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 80 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

95,00	95,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 95%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 81 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 50%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 82 di 521

Integrazione servizi medici.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto(>95% fino a <100%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. 	20	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: E' stata mantenuta la funzione vicariante in diversi ambiti, commissioni della Medicina Legale e dell'Igiene Pubblica, attività di ambulatorio in occasione di emergenza e/o di momentanee necessità. Sono state effettuate attività congiunte o vicarianti nell'ambito dei progetti del PLP.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 DEL 21/02/2023: Si conferma la continuità nella funzione vicariante in diversi ambiti, commissioni della Medicina Legale e dell'Igiene Pubblica, attività di ambulatorio in occasione di emergenza e/o di momentanee necessità. Sono state effettuate attività congiunte o vicarianti nell'ambito dei progetti del PLP.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023:"Obiettivo pienamente raggiunto.Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 83 di 521

Direttore: **ANTONIONO ELENA**

Struttura: **S.C. NEURORIABILITAZIONE FOSSANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 84 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Revisione cartella clinica della S.C. Neuroriabilitazione.	Revisione cartella clinica della S.C.Neuroriabilitazione Fossano secondo il modello del nuovo protocollo di minima delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (G.C.A.). Revisione percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (P.D.T.A) interaziendale C.G.A.	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 revisione entro il 31.12.2022;</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuna revisione.</p>	35	30	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: L'attività di revisione è in corso.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: in data 31/12 sono pervenuti i documenti di revisione della cartella clinica ed il PDTA GCA revisionato relativo alla parte della degenza. Documenti agli atti</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 85 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	30	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 86 di 521

Direttore: **ARDUINO GIUSEPPE**

Struttura: **S.S.D. SERVIZIO DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 87 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti
I documenti in partenza ed interni devono essere:
- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi
I documenti in arrivo devono essere:
- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	30
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 88 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	70	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 89 di 521

Direttore: **ATTUCCI ALBERTO**

Struttura: **S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,60 % **Media 2:** 99,20 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attivazione del comparto amministrativo veterinario integrato.	L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di almeno 3 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di almeno 2 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di almeno 1 sportello integrato al 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuno sportello integrato al 31.12.2022.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: La Struttura sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo secondo la tempistica prevista, con la condivisione del progetto e la partecipazione al gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche con il personale delle diverse sedi, sta definendo gli iter e le procedure da adottare. VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: La struttura/funzione ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter e le procedure da adottare. Sono	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 90 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

PAISA:

c) Rendicontazione PAISA 2021 e programmazione PAISA 2022 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti. Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno dell'80% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed è stato trasmesso alla Regione Piemonte con la nota prot. 25912/P del 24/2/22. La programmazione PAISA 2022 è stata condivisa dalle strutture di sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato, recependo le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione attraverso il PRISA 2022. Il documento Paisa 2022 è stato trasmesso alla Regione nei tempi previsti dal PRISA con nota prot. 53698/P del 29/4/22. L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 91 di 521

la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Mancata rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2022; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali specificatamente individuati. Le scadenze relative alla trasmissione documentale e la tempistica dei flussi informativi sono stati regolarmente rispettati.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e ha contribuito, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. I dati di monitoraggio propedeutici alla stesura della rendicontazione Prisa, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo

c) il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 92 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 93 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

96,00	96,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 96%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 94 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 55%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 95 di 521

Integrazione servizi veterinari.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo non raggiunto (<60%): il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie. 	15	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: Il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2022.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: Sono continuate le attività integrate e vicarianti da parte del personale della Struttura, secondo la pianificazione programmata.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 96 di 521

Direttore: **BAFUMO GIUSEPPE**

Struttura: **S.S.D. TUTELA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 97 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	70	100	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	-----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 98 di 521

Direttore: **BALBO RICCARDO (Direttore sostituto)**

Struttura: **S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE (Interaziendale dipendente da AO S. Croce)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 99 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 100 di 521

Direttore: **BALOCCO ROBERTO**

Struttura: **S.C. AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 101 di 521

Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).

Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 5% delle autocertificazioni.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 3% delle autocertificazioni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 2% delle autocertificazioni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun controllo effettuato nel secondo semestre 2022 delle autocertificazioni.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE - con mail del 01/08/2023 il Dott. Balocco riferisce che è stato chiesto al Dipartimento della Funzione Pubblica la verifica dei dati autocertificati dai tre Componenti dell'OIV. Alla data odierna, sono stati avviati i primi controlli sulle dichiarazioni di competenza della Struttura, relativi all'anno 2022.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 09/02/2023 il Dott. Balocco riferisce che sono pervenute n. 9 autocertificazioni correlate all'affidamento di incarichi istituzionali (3 componenti della Direzione, 3 dell'OIV e 3 del Collegio Sindacale). Si è disposto l'accertamento per 6 autocertificazioni (tutte con esito positivo). La documentazione è a disposizione del Servizio scrivente. Percentuale di controllo effettuato 67%.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 102 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

a) Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:
 -elaborati in formato Pdf/A
 -firmati digitalmente:
 1.esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
 2.tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
 -Acquisiti
 -Protocollati
 -Fascicolati
 -Trasmessi
 I documenti in arrivo devono essere:
 -Acquisiti
 -Classificati
 -Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.
 b) Verifica della corretta gestione della procedura di acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. Supporto alle Strutture che utilizzano la procedura DocsPA (o altro SW eventualmente implementato).

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a) avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022
 b) supporto all'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022
 Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a) avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022
 b) supporto all'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022
 Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
 a) avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022
 b) supporto all'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022
 Obiettivo non raggiunto (< 60%):
 a) mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.
 b) mancato supporto alle Strutture interessate per l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 30

100,00 100,00

DIRETTORE SC
 AFFARI
 GENERALI E
 CONTROLLI
 INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE -Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:
 - la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 103 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	15	25	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 104 di 521

Interscambiabilità operatori.	Verifica attività di mappatura, affiancamento e diffusione delle competenze.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Valutazione positiva della Direzione Amministrativa - Obiettivo non raggiunto (<60%): Valutazione negativa della Direzione Amministrativa.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Mail in data 01/08/2022 con cui il Dott. Balocco riferisce che i Direttori/Responsabili dei tre Servizi coinvolti hanno trasmesso entro il 31/07/22 la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono già stati individuati gli operatori dedicati e nella maggior parte dei casi i sostituti. Nella seconda metà dell'anno verranno identificate le persone ancora mancanti per garantire un'effettiva interscambiabilità degli operatori in tutte le attività svolte dai Servizi coinvolti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10/02/2023 il Dottor Balocco riferisce che nel corso dell'anno ci sono stati ripetuti confronti con i tre Direttori/Responsabili coinvolti nell'obiettivo, in modo tale da arrivare a dicembre con la certezza del lavoro terminato. La formalizzazione definitiva è avvenuta entro i termini richiesti (10/02/23).	

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 105 di 521

Realizzazione sistema di controllo immobilizzazioni e gestione magazzino.

Con riferimento alla S.S. Servizio Ispettivo
- Revisione annuale delle procedure previste nel PAC ex D. Lgs. 118/2011 finalizzato al monitoraggio della logistica e delle immobilizzazioni.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza revisione. Evidenza documentale dei controlli effettuati.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata presenza della revisione e dell'evidenza documentale dei controlli effettuati.

5

10

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS SERVIZIO
ISPETTIVO
SEGRETERIA
ORGANI E
UFFICI
COLLEGIALI

VERIFICA INFRANNUALE: - Prot. 106792 del 29/08/2022: Per il primo indicatore si conferma l'esecuzione della procedura dell'Azione D2.3 "garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici" della quale la competenza e della Struttura Patrimonio che coinvolge la Struttura Protesica e Integrativa, precisando che sono state svolte verifiche della dislocazione dei cespiti e che la "riconciliazione" avviene in occasione della predisposizione di un apposito documento, elaborato per il Conto Consuntivo. Per il secondo indicatore, con nota del 24 agosto 2022 sono state individuate le 5 Strutture aziendali ove procedere alla "ricognizione fisica dei cespiti". (Per approfondimenti si rimanda alla relazione ad oggetto "Verifica Infrannuale Budget 2022 [...] " ricevuta in data 29/08/2022 con protocollo n. 106792).

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce:
Nota prot. 134256 del 25/10/2022: richiesta del relazionante dott. Fulcheri alla S.C. Servizio Tecnico/SS. Patrimonio di dati su attività.
Nota prot. 135837 del 28/10/2022: risposta SS Patrimonio di impegno al raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12/2022.
Nota prot. 136745 del 31/10/2022: verifica infrannuale del Dott. Fulcheri.
Nota prot. 161145 del 22/12/2022: verifica annuale del Responsabile Sostituto Dott.ssa Eandi. Revisione

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 106 di 521

procedure PAC: non è stato necessario apportare modifiche alle procedure adottate. Controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti delle procedure PAC: l'attività è conforme alle procedure PAC adottate. Attività di ricognizione cespiti a campione su cinque strutture: conclusa positivamente con la stesura dei verbali conservati agli atti della S.S. Patrimonio.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 107 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 108 di 521

Direttore: **BARATTI ALBERTO**

Struttura: **S.C. MEDICINA DEL LAVORO (Interaziendale con AO S. Croce dipendente da ASL CN1)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,40 % **Media 2:** 99,10 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 109 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	30
----	----

97,00	97,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 97%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 110 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	70	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 111 di 521

Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.

Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore della Struttura dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE
GENERALE AO
S. CROCE

VALUTAZIONE ANNUALE - Con mail del 24/03/2023 la Segreteria della Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%

L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 112 di 521

Direttore: **BARBERO LUIGI DOMENICO**

Struttura: **S.C. DISTRETTO SUD-OVEST**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,85 % **Media 2:** 99,70 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): realizzazione analisi dei costi.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 113 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 114 di 521

Contenimento dei costi in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata).

Impegno nella riduzione dei costi di euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Riduzione dei costi pari ad euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale.- Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100) Riduzione dei costi tra euro 130.000 ed euro 144.000 per la nutrizione enterale e tra euro 400.000 ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata.
- Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Riduzione dei costi tra euro 80.000 ed euro 130.000 per la nutrizione enterale tra euro 320.000 ed euro 400.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale:- Obiettivo non raggiunto (<60%): realizzazione analisi dei costi < di 80.000 euro per la nutrizione enterale e < a 320.000 euro per la farmaceutica convenzionata.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la dietologia dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia Territoriale e con i Medici di medicina generale." Con nota prot. 163567 del 29/12/2022 il Dott. Ghigo riferisce che è stata richiesta la revisione del target nella riduzione dei costi per la nutrizione enterale (come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021) in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. L'andamento della spesa nel corso del 2022 (spesa 2021 circa 1.724.000 euro, standard richiesto -144.000 euro pari a circa 1.580.000 euro, dotazione iniziale 1.626.000 euro circa, spesa in decrescita fino a 1.634.000 euro circa di novembre) si ritiene perseguibile allo stato dei fatti e degli interventi possibili il risultato economico di sostanziale pareggio con la dotazione assegnata o di minor decremento incremento (-55.000 euro) rispetto al 2021 e si richiede di rivedere conseguentemente lo standard dell'obiettivo. In riferimento alla farmaceutica convenzionata, nonostante gli interventi già attuati e pur tenendo conto delle azioni correttive intraprese ed ancora in corso di

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 115 di 521

realizzazione e di corresponsabilizzazione dei prescrittori interni ed esterni sull'appropriatezza e sugli effetti economici delle prestazioni, si conferma la richiesta di revisione del target dell'obiettivo nella riduzione dei costi di euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021 in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. Tenuto conto di quanto sopra e dei significativi ed importanti interventi mirati al contenimento della spesa, che si colloca comunque ai livelli minimi su base regionale, si ritiene realisticamente perseguibile il risultato economico di riduzione dei maggiori costi per la farmaceutica convenzionata, con una stima di maggior spesa percentuale intorno al 2 % rispetto al 2021, in linea con l'andamento delle ASL a minor spesa, e si chiede di adeguare lo standard dell'obiettivo a tale %.

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi ed alla verifica di appropriatezza, in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la Dietologia dell'ASO S.Croce e Carle. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia territoriale e con i Medici di Medicina Generale. Nell'anno 2022 la spesa farmaceutica lorda dell'ASLCN1 è aumentata del 2,3%, in linea con gli incrementi

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 116 di 521

registrati per le ASL con minor spesa pro-capite. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con un valore pari ad € 132,50, rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94. Si può inoltre affermare che la spesa farmaceutica convenzionata dell'ASLCN1 ha sostanzialmente mantenuto il valore di spesa pro-capite dell'anno 2019 (pre-pandemia), pari ad € 132,05."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 117 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le sostanziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le parziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia il non raggiungimento delle riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Sono state messe in atto tramite i Distretti azioni per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso la prescrizione di specialità e confezioni cost-saving, incontri con MMG iperprescrittori, azioni su iperconsumatori e attività di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Dal monitoraggio della spesa il trend della farmaceutica convenzionata risulta in aumento nel periodo gennaio -giugno 2022 rispetto al medesimo periodo del 2021, nel mese di luglio 2022 si registra invece un significativo decremento rispetto all'anno precedente."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 118 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5	10
---	----

97,00	97,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 97%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 119 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 120 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 121 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 122 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 123 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.	Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 31.08.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 31.10.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto. 	5	10	100,00	100,00		DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	<p>implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--	---	--	---	----	--------	--------	--	--	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 124 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata dal Coordinatore di Macro-area; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, se non giustificato e/o concordato con il Coordinatore di Macro-area, entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che conferma a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 125 di 521

Scheda "Risorse/Attività"

Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".
L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 99 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.
-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 98.
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).
Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).
Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività (come deciso in sede di budget, viene considerato il dato complessivo dei quattro Distretti) del I sem. è 96,9, ma il trend temporale risulta positivo, se confermato nei prossimi mesi, potrebbe consentire un ulteriore sensibile miglioramento dell'indicatore.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Come deciso in sede di budget, la valutazione dell'obiettivo viene effettuata considerando congiuntamente i quattro Distretti. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività dell'insieme dei Distretti è 96,6, "aggiustato" a 98, in seguito alla nettizzazzione dell'incremento tariffario, riconosciuto dalla Regione Piemonte in corso d'anno ed applicato retroattivamente da gennaio, non previsto in fase di assegnazione del budget.

Ulteriori considerazioni:-
l'incremento rispetto al 2021

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 126 di 521

osservato a carico dei ""Dispositivi medici"" ha riguardato quasi esclusivamente: 1) tamponi COVID utilizzati nelle strutture residenziali, 2) sensori e altro materiale per diabetici, 3) pannoloni e 4) protesi cocleari;- nel corso del 2022 si è osservata una costante, progressiva e consistente riduzione della spesa per anziani e disabili si propone alla Direzione di riconoscere il pieno raggiungimento dell'obiettivo.Considerate tutte le motivazioni sopra esposte, si propone il pieno raggiungimento

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 127 di 521

Direttore: **BASSO ANNA MADDALENA (Direttore f.f.)**

Struttura: **S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 128 di 521

Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.

CartoRisk è un metodo di lavoro articolato che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e che ha come scopo l'analisi dei principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie misurando quantitativamente e qualitativamente il rischio a priori, l'efficacia delle barriere utilizzate e l'entità del rischio residuo da gestire. L'applicazione del CartoRisk nell'analisi del percorso del paziente ortopedico, dalla visita alla dimissione post-intervento, evidenzia il rischio di evento avverso durante tutto il percorso di cura

FASI DEL PROGETTO

1. Elaborazione mappatura del percorso di cura del paziente ortopedico candidato ad intervento chirurgico. (Individuazione rischi da valutare, individuazione delle figure professionali coinvolte nel percorso e creazione di un gruppo multidisciplinare, Gennaio 2022)
 2. Analisi percorso di cura del paziente all'interno della SC Ortopedia e misura qualitativa e quantitativa del rischio a priori, dell'efficacia delle barriere utilizzate e dell'entità del rischio residuo da gestire (Lavoro di gruppo multidisciplinare, incontro pomeridiano di analisi del rischio e delle barriere nel percorso e discussione, Febbraio 2022)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 Completamento di tutte le 5 fasi del progetto con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/11/2022.
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 4 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/05/2022.
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
 Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 3 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/03/2022.
 - Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Mancato avvio del progetto.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
 DIP.
 CHIRURGICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaia "Collaborazione attiva ai lavori delle SSCC partecipanti al progetto, con contributo alla individuazione delle criticità via via emerse e alla scelta delle misure

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: tutte le figure professionali previste dal progetto risultano fattivamente coinvolte. Coordinatrici e Personale Infermieristico delle SC, del Centro Prericoveri e del Blocco Operatorio hanno partecipato attivamente al progetto, come risulta dai verbali delle riunioni, contribuendo alla individuazione delle criticità via via emerse e alla scelta delle misure correttive da adottare nello specifico ambito di competenza.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 129 di 521

3. Analisi dei risultati del CartoRisk, studio e proposta azioni di miglioramento (Riunione di reparto Marzo 2022 e confronto con le altre SC del Dipartimento Chirurgico che hanno applicato il Cartorisk ai propri percorsi di cura)

4. Applicazione delle azioni di miglioramento nel percorso (Riunione di Reparto e comunicazione ai Servizi coinvolti, Elaborazione ed applicazioni di Procedure Interne della SC, eventuali proposte di modifiche di percorso a livello Dipartimentale, Maggio 2022)

5. Analisi risultati delle eventuali modifiche e nuove barriere nel percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico in Ortopedia (Riunione di reparto, validazione o ulteriori modifiche delle procedure applicate, Novembre 2022).

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 130 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 131 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 132 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

50	70
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 133 di 521

Direttore: **BASSO MARIA ELEONORA (dal 01/12/2022) - BASTA RAFFAELE (fino al 30/11/2022)**

Struttura: **S.C. PEDIATRIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 134 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 135 di 521

Direttore: **BENEDETTI VALENTINA**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 136 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 137 di 521

Direttore: **BIANCO GIUSEPPE**

Struttura: **S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 138 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 139 di 521

Direttore: **BIANCO MARIA LUISA (dal 01/09/2022) - IPPOLITO PAOLA DOMENICA (fino al 31/08/2022)**

Struttura: **S.S. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività (almeno per le 15 attività più macrospendenti) svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022, almeno per le 15 attività più macrospendenti. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 140 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 141 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Supporto amministrativo per progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica che attesti l'effettuazione di tutte le attività amministrative elencate.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica solo di parte delle attività (maggiore del 95% e inferiore al 100%).
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Valutazione circostanziata da reportistica solo di parte delle attività (maggiore del 60% e inferiore al 95%).
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Assenza di reportistica.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Viene fornito il supporto amministrativo richiesto per il contenimento della spesa farmaceutica ed il monitoraggio mensile del budget TER."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Viene fornito il supporto amministrativo necessario per il contenimento della spesa farmaceutica ed il monitoraggio mensile del budget TER."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 142 di 521

Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).

Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 5% delle autocertificazioni.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 3% delle autocertificazioni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 2% delle autocertificazioni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun controllo effettuato nel secondo semestre 2022 delle autocertificazioni.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 82320 del 01/07/2022: trasmissione relazione della Dott.ssa Ippolito sui controlli effettuati nel primo semestre. Totale autocertificazioni pervenute alla data del 30 giugno 2022 per motivi di lavoro e di studio n. 227, di cui autocertificazioni controllate n. 90 (tutte con riscontro positivo). Percentuale di controllo effettuato 39,65%.

VERIFICA ANNUALE - Con prot. n. 15056 del 02/02/2023 la Dott.ssa Bianco ha trasmesso la relazione sui controlli effettuati nel secondo semestre 2022. Effettuate n. 182 verifiche su 310 autocertificazioni pervenute nel periodo luglio-dicembre 2022.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 143 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 144 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	25	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 145 di 521

Interscambiabilità operatori.

Mappatura delle attività e diffusione delle competenze. Mappatura delle attività affidate a un solo dipendente e individuazione degli affiancamenti entro il 31/07/2022. Pieno superamento attraverso affiancamenti, di tutte le situazioni in cui una attività è affidata a un solo dipendente entro il 31/12/2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): mappatura effettuata entro il 31/07/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): mappatura effettuata entro il 31/08/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): mappatura effettuata entro il 30/09/2022.
Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata mappatura e diffusione competenze.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Mail in data 01/08/2022 con cui il Dott. Balocco riferisce che il Servizio coinvolto ha trasmesso entro il 31/07/22 la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono già stati individuati gli operatori dedicati e nella maggior parte dei casi i sostituti. Nella seconda metà dell'anno verranno identificate le persone ancora mancanti per garantire un'effettiva interscambiabilità degli operatori in tutte le attività svolte dai Servizi coinvolti.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10/02/2023 il Dottor Balocco riferisce che in data 30/01/2023, la Dott.ssa Bianco ha trasmesso la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono stati individuati gli operatori dedicati ed i sostituti. L'interscambiabilità degli operatori risulta garantita al 100%.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 146 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Supporto amministrativo all'analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Supporto amministrativo all'elaborazione di un progetto per la realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Supporto amministrativo alla definizione del documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Supporto amministrativo alla definizione del documento di progetto entro il 31.08.2022.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Supporto amministrativo alla definizione del documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Supporto amministrativo alla definizione del documento di progetto entro il 30.09.2022.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%): a) Supporto amministrativo alla definizione del documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Supporto amministrativo alla definizione del documento di progetto entro il 31.10.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato supporto amministrativo alla definizione del documento di progetto; b) Mancato supporto amministrativo alla definizione del documento di progetto.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 147 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 148 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 149 di 521

implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 150 di 521

Progetto per il miglioramento dei servizi rivolti ai cittadini in termini di accessibilità e riduzione problematiche forniture.

Riduzione problematiche relative alla fornitura pannoloni con contestazione alla Ditta appaltatrice in riferimento a tempistica e modalità, attraverso il n° di segnalazione all'Urp.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%)
 N° contestazioni alla Ditta >90%
 N° Tot. Segnalaz ricevute
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)
 N° contestazioni alla Ditta >80%
 N° Tot. Segnalaz ricevute
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)
 N° contestazioni alla Ditta >65%
 N° Tot. Segnalaz ricevute
 - Obiettivo non raggiunto (<60%)
 N° contestazioni alla Ditta < 60%
 N° Tot. Segnalaz ricevute.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS URP

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 88751 del 15/07/2022 relazione infrannuale trasmessa dalla Dott.ssa Cucco: "Mail del 01/07/2022 dalla DAD che trasmette una breve relazione sugli ausili per assorbenza. I dati dell'Urp al 30 giugno 2022 confermano che non risultano pervenuti reclami nei confronti della ditta SILC che, anzi, continua con una buona collaborazione con gli Uffici Protesica dell'ASL. Per quanto riguarda, invece, la ditta SAF risulta pervenuto nel mese di giugno 2022 un solo reclamo, già risolto direttamente con la ditta. Considerato che nel 2021 le segnalazioni erano state 316 la nuova modalità operativa sta dando buone risposte e l'obiettivo è attualmente raggiunto in misura > al 90%."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Prot. 23193 del 20/02/2023 relazione annuale trasmessa dal Dott. Bruno "Nel periodo luglio-dicembre 2022 sono pervenute alla struttura Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa, 10 reclami riferiti a 11 forniture di ausili per incontinenza destinati ai cittadini domiciliati con prescrizione e piano terapeutico approvato dai Distretti di questa ASL. Le rimozioni dei cittadini si riferiscono a ritardi nella consegna e, in un caso, a difetto di prodotto. Gli uffici protesica dei Distretti hanno preso in carico le segnalazioni pervenute e sono state tutte risolte. Rispetto allo scorso anno si è assistito ad una sensibile diminuzione dei reclami/segnalazioni che denotano

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 151 di 521

il buon andamento della nuova
modalità operativa di fornitura."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 152 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Verifica sulla tempestiva liquidazione delle fatture. b) Effettuazione di riunioni mensili/bimestrali, anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Osservanza delle indicazioni fornite; b) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; b) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; b) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; b) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che evidenzia a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che i costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 153 di 521

delle spese e la completezza delle
registrazioni inserite. Obiettivo
raggiunto.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 154 di 521

Direttore: **BLANGETTI ILARIA**

Struttura: **S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 155 di 521

Compilazione PROSAFE per i pazienti ricoverati in terapia intensiva.	Si propone la partecipazione all'obiettivo "PROGETTO INDICATORI PIEMONTE" assegnato alla S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì in ottemperanza alle indicazioni regionali inerenti la QUALITÀ NELL'ASSISTENZA in TERAPIA INTENSIVA.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): > 95% pazienti inseriti in status 3 e/o 4 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): 85-95% pazienti inseriti in status 3 e/o 4 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): 60 e 85% pazienti inseriti in status 3 e/o 4 - Obiettivo non raggiunto (<60%): < 60% pazienti inseriti in status 3 e/o 4 	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	<p>VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Per il PROGETTO INDICATORI PIEMONTE viene compilato l'applicativo PROSAFE. Referente per la S.C. Dr.ssa Tenio Rita in collaborazione con Dr.ssa Botto Anna. Anno 2022: 87 pazienti in status 4, 1 in status 3."</p> <p>VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che per l'anno 2022 sono stati inseriti in prosafe 227 pazienti di cui 210 in status 4 e 15 status 3. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	55	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 156 di 521

Procedura relativa alle cure palliative ed alla gestione del fine vita in rianimazione.

Procedura relativa alle cure palliative ed alla gestione del fine vita in rianimazione con particolare attenzione al tema della rimodulazione terapeutica e alla comunicazione delle notizie difficili.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della procedura entro il 31.12.2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%): Procedura non effettuata nell'anno.

5

5

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Costituzione del gruppo di lavoro in collaborazione con Ufficio Qualità. Per la S.C. i referenti sono Dr.ssa Elisa Gallo, Dr Paolo Parola, Inf. Melissa Galfrè. Revisione della letteratura in corso. La Dr.ssa Giachino Amistà contatterà i membri del gruppo per una riunione web preliminare al fine di concordare le modalità operative."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che la procedura è stata completata ed approvata ed è pubblicata sulla intranet aziendale PSdeur007 Cure palliative e fine vita in Anest Rianimazione rev 00. Si è provveduto a notificare l'avvenuta pubblicazione mediante lettera di diffusione del Dipartimento (prot.163026 del 28/12/2022). L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 157 di 521

Programmazione riunioni mensili di discussione casi clinici.

Programmazione di riunioni mensili di discussione casi clinici, protocolli operativi clinico assistenziali comuni con la partecipazione dei direttori di struttura e, a rotazione di tutto il personale medico e rappresentanti infermieristici. Trasmissione verbale di riunione alla Direzione del Dipartimento con firma dei partecipanti, orari di inizio e fine riunione.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): N. 1 riunione al mese a partire dal mese di Aprile 2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessuna riunione effettuata nell'anno 2022.

10

10

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022: "Mail del 26/05/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 28/04/2022-16/05/2022. Mail del 29/06/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 13/06/2022-23/06/2022 (la riunione di agosto è stata anticipata a giugno). Nel mese di luglio la riunione si è svolta il 14/07. I verbali ed i fogli firme sono agli atti del Dipartimento."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che sono state svolte le ulteriori riunioni in data 23/09/2022-17/10/2022-24/11/2022 e 22/12/2022. I verbali e i fogli firme di tutte le riunioni sono agli atti delle varie Strutture e del Dipartimento. Essendo state svolte tutte le riunioni mensili l'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 158 di 521

Revisione ed integrazione procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti".

Revisione ed integrazione della procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti" che dovrà comprendere anche note di protezione, cautele, modalità di assistenza, indicazioni e tipo di trattamento antibiotico, flusso informativo e matrice di competenze delle azioni.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della procedura entro il 31.12.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Procedura non effettuata nell'anno.

5	5
---	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Costituzione del gruppo di lavoro in collaborazione con il PRICA , per la S.C. i referenti sono: Dr.ssa Ilaria Nicoletti, Dr Giuseppe Degregorio, Coordinatrice Infermieristica Chiara Grisotto. 1^ Incontro web del Gruppo di lavoro previsto per il giorno 26 luglio."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che è stata terminata la revisione n.1 della PSdsa016 Isolamento e Gestione del paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi multiresistenti e carbapenemasi produttori. Attualmente la Qualità sta procedendo alla raccolta firme per l'emissione e la pubblicazione sulla intranet aziendale. Si considera obiettivo pienamente raggiunto per la parte di competenza connessa alla Struttura.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 159 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 160 di 521

Direttore: **BONGIOANNI MARIA ROBERTA**

Struttura: **S.C. NEUROLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 161 di 521

Definizione di protocollo condiviso per la ricerca di cardiopatie emboligene nell'ictus cerebrale ischemico a sospetta genesia embolica.	Avvio dell'iter diagnostico del paziente con ictus cerebrale ischemico a sospetta genesi embolica che prevede la collaborazione tra cardiologi e neurologi sia per gli accertamenti strumentali sia per i successivi interventi terapeutici.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di evidenza documentale entro il 30.09.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di evidenza documentale entro il 31.10.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di evidenza documentale entro il 30.11.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): presenza di evidenza documentale entro il 31.12.2022.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: mail del 05/08/2022 con la quale la Dott.ssa Bongioanni riferisce che alla data del 31/07/2022 è stato individuato il gruppo di lavoro, comprendente Dirigenti Medici Neurologi e Infermieri (oltre al personale della S.C. Cardiologia). VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica l'avvenuta pubblicazione Istruzione Operativa: IODMES002 del 30/09/2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--	--	--	----	----	--------	--------	---	--	--

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante. VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	---	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 162 di 521

Implementazione attività di Telemedicina - Dipartimento Medico Specialistico.	Avvio attività Televisita e Telemonitoraggio per le strutture afferenti al Dipartimento: - formazione del personale per l'utilizzo degli strumenti informatici; - produzione visite in modalità di Telemedicina.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del sistema di Televisita entro il 30.06.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del sistema di Televisita entro il 31.08.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del sistema di Televisita entro il 31.10.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato avvio del sistema di Televisita.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: mail del 05/08/2022 della Dott.ssa Bongioanni "PROT. N. 8672199 del 16/05/2022: verbale riunione del 22/04/2022 Dipartimento Specialistico. L'attività di formazione dei medici ed infermieri dell'ambulatorio è stata completata nel 2021. L'attività di Televisita con il programma Fenix è stata avviata a Marzo 2022". VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica che con prot. 134028 del 25/10/2022 è stato trasmesso il verbale n. 3 del Dipartimento Medico Specialistico in cui si evidenzia che tutte le Strutture afferenti al Dipartimento sono riuscite ad avviare l'attività di Televisita entro il termine previsto del 30/06/2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione. VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 163 di 521

Direttore: **BRUNA PAOLO (Direttore sostituto)**

Struttura: **S.C. ONCOLOGIA AREA NORD**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici.	Biosimilari oncologici: a) % (sul totale) di pazienti naive avviati al trattamento con biotecnologico oncologico nella formulazione aggiudicata a minor costo; b) % (sul totale) di pazienti già in terapia con biotecnologico oncologico shiftati su formulazione aggiudicata a minor costo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): pazienti = 100%. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): % pazienti ≥ 98%. - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60 fino a 95%) % pazienti ≥95%. - Obiettivo non raggiunto (<60%): % pazienti <95%.	30	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106995 del 30/08/2022: sub 1) a: percentuale raggiungimento obiettivo 100%; sub1) b: percentuale raggiungimento obiettivo 100%. Sub 2) a: percentuale raggiungimento obiettivo 67%; sub2) b: percentuale raggiungimento obiettivo 100%. VERIFICA ANNUALE - Nota prot. 27452 del 28/02/20203: a) percentuale raggiungimento 100% - obiettivo pienamente raggiunto b) percentuale raggiungimento 100% - obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 164 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 165 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	50	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 166 di 521

Direttore: **BRUNO ILARIO**

Struttura: **S.S. RELAZIONI CON IL PUBBLICO - COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA (Interaziendale con AO S. Croce dipe**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 167 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 168 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 169 di 521

Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.

Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore della Struttura dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE
GENERALE AO
S. CROCE

VALUTAZIONE ANNUALE - Con mail del 24/03/2023 la Segreteria della Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%

L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 170 di 521

Direttore: CAPUTO MARCELLO

Struttura: S.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 171 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:
a) Attività di governance, monitoraggio del Piano Locale della Prevenzione (PLP) 2022 in coerenza con il programma del Piano Regionale della Prevenzione (PRP);
b) Coordinamento attività di rendicontazione del PLP 2021 e programmazione del PLP 2022 in coerenza con gli indirizzi regionali.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino al 95%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha svolto le attività di governance e monitoraggio del PLP 2022 in coerenza con il PRP.
b) La struttura/funzione ha coordinato le attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022), in coerenza con gli indirizzi regionali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 172 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 173 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 174 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 100%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

30	60
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 175 di 521

Direttore: CAPUTO MARCELLO (Direttore f.f.)

Struttura: S.C. S.I.A.N.

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 176 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

PAISA:

c) Rendicontazione PAISA 2021 e programmazione PAISA 2022 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti.

Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno dell'80% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e ha

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 177 di 521

la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Mancata rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2022; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

contribuito, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP.

I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.

c) il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed è stato trasmesso alla Regione Piemonte con nota prot. 25912/P del 24/2/22. La programmazione PAISA 2022 è stata condivisa dalle strutture di sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato, recependo le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione attraverso il PRISA 2022.

Il documento Paise 2022 è stato trasmesso alla Regione nei tempi previsti dal PRISA con nota prot. 53698/P del 29/4/22.

L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è stata attuata; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali specificatamente individuati.

Le scadenze relative alla trasmissione documentale e la tempistica dei flussi informativi sono stati regolarmente rispettati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 178 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 179 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 180 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 181 di 521

Integrazione servizi medici.

Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione;
- Obiettivo non raggiunto (<60%)
Il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: La struttura, come negli anni precedenti, ha formalmente assegnato a tutti i dirigenti (schede SVI 2022) specifici obiettivi inerenti le attività vicarianti e l'integrazione dei servizi. Continuano pertanto le consuete attività vicarianti/integrate con il coinvolgimento di tutto il personale per gli obiettivi di emergenza Covid, sicurezza alimentare, MTA, gestione personale amministrativo, e altri obiettivi specifici. Non risultano evidenti criticità che possano compromettere il pieno raggiungimento degli obiettivi previsti per fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 DEL 21/02/2023: Si confermano le attività vicarianti/integrate con il coinvolgimento di tutto il personale per gli obiettivi di emergenza Covid, sicurezza alimentare, MTA, gestione personale amministrativo, e altri obiettivi specifici.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 182 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 183 di 521

Direttore: **CARENA PINUCCIA (Direttore sostituito dal 18/07/2022) - BERTAINA FIORENZO - S.C. S.I.D. (fino al 17/**

Struttura: **S.C. INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 184 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 185 di 521

Definizione scadenziario gare e contratti.

Fornire informazioni necessarie [OLD alla predisposizione del piano scadenze contratti nel rispetto della procedura approvvigionamenti] all'attivazione delle procedure di approvvigionamento. [] MODIFICHE apportate come da prot. 81268 del 29/06/2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): invio informazioni entro i tempi previsti dalla procedura approvvigionamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato invio informazioni.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS ACQUISTI

VERIFICA INFRANNUALE - Prot. 107824 del 31/08/2022: Prot. 81268 del 29/06/2022 trasmissione da parte dell'Avv. Acchiardi e dell'Avv. Poggio per modifica indicatore obiettivo Avv. Poggio (ok visto Direttore Amministrativo come mail del 28/06/2022). Alla data del 30/08/2022, la struttura assegnataria dell'obiettivo ha provveduto a trasmettere le informazioni necessarie all'attivazione delle procedure di approvvigionamento in tempo utile.

VERIFICA ANNUALE - Mail del 24/02/2023 dell'Avv. Acchiardi : In linea di massima, le informazioni necessarie all'attivazione delle procedure sono state trasmesse in tempo utile. Le eccezioni risultano essenzialmente determinate da difficoltà istruttorie non imputabili alla SC Innovazione e Sicurezza Informatica o dalla mancata adozione d atti preliminari da parte della Regione.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 186 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

15 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 187 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 188 di 521

Procedura approvvigionamenti.

Revisione linee guida e modulistica procedura approvvigionamenti e validazione come procedura di qualità con relativo inserimento su format.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/12/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/01/2023;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): revisione completa entro il 31/12/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/03/2023;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): revisione non effettuata entro il 31/12/2022.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "I servizi coinvolti si sono incontrati più volte (15/06, 22/06 e 21/07) per aggiornare la procedura in oggetto. In data 02/08 è pervenuto il contributo da parte del Direttore S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che ha completato la parte di competenza. Pertanto la procedura di revisione risulta già a buon punto. I contributi mancanti verranno acquisiti in tempo utile al fine di completare la revisione entro il termine del 30 settembre e quindi inserire su format qualità entro il 31/12/2022."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce: Con mail del 05/12/2022 la SS Formazione Competenze e Qualità comunica che la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale a seguito della raccolta firme e in pari data è stata diffusa tramite lettera inviata su Gismaster (nota prot. n. 0152771) alle strutture coinvolte nell'applicazione. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI CON LA COLLABORAZIONE DELLA STRUTTURA SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 189 di 521

Procedura cassa prestazioni (ogni
Struttura per quanto di competenza).

Revisione e aggiornamento
della procedura cassa
prestazioni pscup004
correlata al piano attuativo
della certificabilità, con
progressivo adeguamento
alle nuove tipologie di
pagamento digitale, secondo
i percorsi condivisi con la
Regione Piemonte.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione completa entro il
30/09/2022 e inserimento su format
procedure qualità entro il 31/12/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
completa entro il 30/09/2022 e
inserimento su format procedure
qualità entro il 31/01/2023;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione completa
entro il 30/11/2022 e inserimento su
format procedure qualità entro il
31/03/2023;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
revisione non effettuata entro il
31/12/2022.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE:
protocollo 106698 del 29/08/2022
inviato dall'Avv. Poggio: "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di
revisione e aggiornamento."

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100% (La Dott.ssa
Carena non
partecipa alla seduta
durante la
valutazione degli
obiettivi ad essa
assegnati)

VERIFICA ANNUALE - Nota del
03/02/2023 prot. 15602 dell'Avv.
Poggio che riferisce: con
protocollo 106698 del 29/08/2022 è
stato comunicato che "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 190 di 521

revisione e aggiornamento."
OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI
TERMINI PREVISTI CON LA
COLLABORAZIONE DELLE
STRUTTURE COINVOLTE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 191 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che il budget di spesa è stato incrementato in coerenza alle disposizioni regionali (attribuzione di nuove spese alla ASL CN1 secondo un criterio di riparto aggiornato). Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 192 di 521

Direttore: CARENA PINUCCIA (fino al 17/07/2022)

Struttura: S.S. STRATEGIE AZ.LI E CICLO DELLA PERFORMANCE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 193 di 521

Adeguamento procedura sistema di budget.

Adeguamento procedure sistema di budget in base all'evoluzione normativa del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.).
Raccolta dati.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Raccolta dei dati per l'adeguamento delle procedure alla nuova normativa
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato adeguamento procedure.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE

VERIFICA INFRANNUALE: in data 19/11/2021 con nota ID 8147327 il Direttore Generale ha incaricato la S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance (dal 18/07/2022 con Deliberazione n. 198 del 13/07/2022 S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance) del coordinamento e della raccolta dei piani in un documento unico e della stesura dell'atto deliberativo in qualità di Responsabile del procedimento, informando tutte le Strutture coinvolte nel nuovo adempimento del P.I.A.O. come introdotto dal D.L. 80/2021, convertito con legge n. 113 del 6 agosto 2021 (art. 6, comma 2).

La S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance ha aperto un tavolo di confronto continuo con le Strutture interessate, organizzando incontri per discutere e condividere la strutturazione e i contenuti del documento (l'ultimo si è tenuto via Webex in data 14/06/2022), al fine di rispettare il susseguirsi di normative che hanno fissato in via definitiva la data del 30/06/2022 come termine ultimo per ottemperare al Piano. Con Deliberazione n. 179 del 28/06/2022 è stato approvato e adottato entro i termini il Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL CN1 2022-2024 - anno 2022, provvedendo alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASL CN1, alla trasmissione del documento al Dipartimento della Funzione Pubblica (prot. 81772 del 30/06/2022) e infine al caricamento sul "Portale PIAO".

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 194 di 521

L'obiettivo risulta quindi pienamente raggiunto avendo concluso nei termini previsti l'adeguamento delle procedure del sistema di budget e la predisposizione del documento.

VERIFICA ANNUALE: in data 28/02/2023 si conferma quanto già illustrato nella relazione infrannuale, considerando l'obiettivo pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 195 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 196 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20	30
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 197 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	50	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100% (La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati)
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 198 di 521

Direttore: **CHIAROLINI LUCIANO (dal 01/09/2022) - GARETTO ALESSIO (fino al 31/08/2022)**

Struttura: **S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 199 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 200 di 521

Direttore: **CILIA GIANFRANCO**

Struttura: **S.S.D. CONSULTORI FAMILIARI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 201 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 202 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 203 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	10	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 204 di 521

Direttore: **COLOMBO MAURIZIO**

Struttura: **S.S.D. UROLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 205 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 206 di 521

Direttore: **COPPOLA MAURIZIO**

Struttura: **S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 207 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 208 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 85%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 209 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	10	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 210 di 521

Direttore: **COPPOLA PIETRO**

Struttura: **S.C. UROLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 211 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	50	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 212 di 521

Instillazione monodose di Mitomicina C nella patologia neoplastica della vescica di basso grado entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero.

Instillazione entro 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero monodose di Mitomicina C endovesicale versus ciclo completo di Mitomicina C, come raccomandato dalle linee guida per i pazienti eleggibili al trattamento con prima diagnosi di neoplasia vescicale di basso grado. Riduzione degli accessi ambulatoriali conseguenti alla singola instillazione. Monitoraggio in termini di risultati clinici, qualità di vita e risparmio economico attraverso una metodologia articolata.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%)
Somministrazione > o uguale al 90% di singola instillazione entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero per i pazienti eleggibili.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)
Somministrazione > o uguale 80% < 90% di singola instillazione entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero per i pazienti eleggibili.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)
Somministrazione > o uguale 50% < 80% di singola instillazione entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero per i pazienti eleggibili.
- Obiettivo non raggiunto (<60%)
Somministrazione < al 50% di singola instillazione entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero per i pazienti eleggibili.

25	30
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
CHIRURGICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaa "Su 76 pazienti considerati eleggibili al trattamento in 72 l'instillazione di Mitomicina C è avvenuta entro le 6 ore dal trattamento chirurgico endoscopico, come previsto dal protocollo."

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: nel periodo oggetto dello studio (1.1.22-31.12.22) sono stati considerati eleggibili e arruolati nello studio 162 pazienti; 7 casi, tutti di sesso maschile, sono usciti dallo studio per ragioni cliniche. nei restanti 154 casi l'instillazione di Mitomicina C è avvenuta entro le 6 ore dal trattamento chirurgico endoscopico, come previsto dal protocollo; tuttavia, sempre in base a valutazioni di tipo clinico/istopatologico, 7 pazienti su 154 hanno ricevuto trattamenti differenziati. Complessivamente, 147 pazienti si sono giovati della dose singola postoperatoria, anziché del ciclo completo di 8 instillazioni di MMC, con una significativa riduzione degli accessi ambulatoriali e un risparmio di 352 giornate lavorative calcolate sui soggetti attivi. Va sottolineato che nell'Audit Clinico Regionale tutt'ora in corso, i dati preliminari collocano

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 213 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 214 di 521

Direttore: **CRAVERO MAURO (Direttore sostituto) dal 06/12/2022 - NEGRO MAURO (Direttore sostituto) fino al 05/**

Struttura: **S.C. PRESIDIO MULTIZONALE PROFILASSI E POLIZIA VETERINARIA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attivazione del comparto amministrativo veterinario integrato.	L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di almeno 3 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di almeno 2 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di almeno 1 sportello integrato al 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuno sportello integrato al 31.12.2022.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: La Struttura sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo secondo la tempistica prevista, con la condivisione del progetto e la partecipazione al gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche con il personale delle diverse sedi, sta definendo gli iter e le procedure da adottare. VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: La struttura/funzione ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale è stato coinvolto per la definizione delle procedure da adottare. Sono stati attivati i 3 sportelli	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 215 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
 b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

PAISA:

c) Rendicontazione PAISA 2021 e programmazione PAISA 2022 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti. Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno dell'80% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE
 DIP. DI
 PREVENZIONE/
 RESP. SSD
 DIR. AMM.VA
 DELLA
 PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed è stato trasmesso alla Regione Piemonte con la nota prot. 25912/P del 24/2/22. La programmazione PAISA 2022 è stata condivisa dalle strutture di sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato, recependo le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione attraverso il PRISA 2022.

Il documento Paissa 2022 è stato trasmesso alla Regione nei tempi previsti dal PRISA con nota prot. 53698/P del 29/4/22.

L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 216 di 521

la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Mancata rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2022; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali specificatamente individuati. Le scadenze relative alla trasmissione documentale e la tempistica dei flussi informativi sono stati regolarmente rispettati.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e ha contribuito, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP.

I dati di monitoraggio propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo c) il PAISA 2021 è stato

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 217 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 218 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 219 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 80%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 220 di 521

Integrazione servizi veterinari.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo non raggiunto (<60%): il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie. 	15	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: Il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2022.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: Sono continuate le attività integrate e vicarianti da parte del personale della Struttura, secondo la pianificazione programmata.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 221 di 521

Direttore: **DE BENEDICTIS MICHELE**

Struttura: **S.C. CARDIOLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 222 di 521

Definizione di protocollo condiviso per la ricerca di cardiopatie emboligene nell'ictus cerebrale ischemico a sospetta genesia embolica.	Avvio dell'iter diagnostico del paziente con ictus cerebrale ischemico a sospetta genesi embolica che prevede la collaborazione tra cardiologi e neurologi sia per gli accertamenti strumentali sia per i successivi interventi terapeutici.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di evidenza documentale entro il 30.09.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di evidenza documentale entro il 31.10.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di evidenza documentale entro il 30.11.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): presenza di evidenza documentale entro il 31.12.2022. 	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: mail del 05/08/2022 con la quale la Dott.ssa Bongioanni informava che alla data del 31/07/2022 è stato individuato il gruppo di lavoro, comprendente Dirigenti Medici Cardiologi e Infermieri (oltre al personale della S.C. Neurologia).</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica l'avvenuta pubblicazione Istruzione Operativa: IODMES002 del 30/09/2022.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--	--	--	----	----	--------	--------	---	---	--

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	25	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 223 di 521

Implementazione attività di
Telemedicina - Dipartimento Medico
Specialistico.

Avvio attività Televisita e
Telemonitoraggio per le
strutture afferenti al
Dipartimento:
- formazione del personale
per l'utilizzo degli strumenti
informatici;
- produzione visite in
modalità di Telemedicina.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): avvio del sistema di Televisita
entro il 30.06.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): avvio del
sistema di Televisita entro il
31.08.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): avvio del sistema di
Televisita entro il 31.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancato avvio del sistema di
Televisita.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail
del 05/08/2022 della Dott.ssa
Bongioanni "PROT. N. 8672199 del
16/05/2022: verbale riunione del
22/04/2022 Dipartimento
Specialistico.
Il Dott. de Benedictis comunica che
la formazione del personale è stata
completata e la prima visita è stata
eseguita il 19/5/2022".

VERIFICA ANNUALE: Con prot.
21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa
Bongioanni comunica che con prot.
134028 del 25/10/2022 è stato
trasmesso il verbale n. 3 del
Dipartimento Medico Specialistico
in cui si evidenzia che tutte le
Strutture afferenti al Dipartimento
sono riuscite ad avviare l'attività di
Televisita entro il termine previsto
del 30/06/2022.

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 224 di 521

Implementazione degli interventi di cardiologia strutturale: chiusura FOP e stenting carotideo.

Percorso diagnostico per la chiusura dei PFO nei pazienti con ictus criptogenetico come metodica necessaria sancita dalle vigenti linee guide specifiche in materia. Nel contesto del gruppo di lavoro neurocardiologico identificazione di percorsi per la diagnosi ed il trattamento percutaneo delle stenosi carotidee sintomatiche.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): chiusura di almeno n. 2 PFO entro il 31.12.2022 con attenzione ai costi secondo logica dipartimentale;
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): chiusura di n. 1 PFO entro il 31.12.2022 con attenzione ai costi secondo logica dipartimentale;
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun PFO chiuso.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 29/7/2022 il Dott. De Benedictis comunica che è stata programmata la prima seduta di chiusura PFO per Settembre 2022. A giugno 2022 è stato eseguito dal personale della .S.C Cardiologia presso altro Centro Regionale un trattamento percutaneo di stenosi carotidea sintomatica.

VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica che con mail del 09/12/2022 il Dott. De Benedictis segnala che il giorno 06/12/2022 sono stati posizionati con successo, ad una paziente valutata dal gruppo cardio/neurologico (coordinato dalla Dott.ssa Bongioanni e dal Dott. De Benedictis), il secondo dispositivo di chiusura percutanea dei PFO per l'anno 2022.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Scheda "Risorse/Attività"

Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".

- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.

5	20
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.

VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 225 di 521

Direttore: **DUTTO LUCA**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA SALUZZO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Avvio ambulatorio Post COVID.	Avvio di un ambulatorio Post Covid da svolgersi da parte di personale medico interno con la collaborazione di una psicologa ed integrazione della parte clinica e strumentale con Spirometria e Ecocardiografia.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio ambulatorio entro il 30/06/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio ambulatorio entro il 31/08/2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio ambulatorio entro il 30/09/2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato avvio ambulatorio. 	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: Mail del 09/06/2022 del Dott. Dutto che conferma l'inizio delle visite dell'Ambulatorio post COVID dal giorno 31 Maggio 2022.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: con lettera in data 30/12/2022 il Dott. Dutto ha attestato l'attività in essere da fine maggio a cadenza settimanale con presa in carico di 52 pazienti. Documento agli atti.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 226 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 227 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	45	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 228 di 521

Direttore: **FEOLA MAURO**

Struttura: **S.C. CARDIOLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 229 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 230 di 521

Implementazione attività di Telemedicina - Dipartimento Medico Specialistico.	Avvio attività Televisita e Telemonitoraggio per le strutture afferenti al Dipartimento: - formazione del personale per l'utilizzo degli strumenti informatici; - produzione visite in modalità di Telemedicina.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del sistema di Televisita entro il 30.06.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del sistema di Televisita entro il 31.08.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del sistema di Televisita entro il 31.10.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato avvio del sistema di Televisita.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: mail del 05/08/2022 della Dott.ssa Bongioanni "PROT. N. 8672199 del 16/05/2022: verbale riunione del 22/04/2022 Dipartimento Specialistico. Con mail del 26/07/2022 il Dott. Feola comunica che in data 24/06/2022 è stata effettuata la prima televisita". VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica che con prot. 134028 del 25/10/2022 è stato trasmesso il verbale n. 3 del Dipartimento Medico Specialistico in cui si evidenzia che tutte le Strutture afferenti al Dipartimento sono riuscite ad avviare l'attività di Televisita entro il termine previsto del 30/06/2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
La terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico.	Collaborazione tra cardiologi e neurologi e inizio della terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico effettuata presso l'UTIC dell'Ospedale di Mondovì.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): inizio collaborazione e terapia trombolitica entro il 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): collaborazione e terapia trombolitica non avviata.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 05/08/2022 con la quale la Dott.ssa Bongioanni comunica che il protocollo di definizione del percorso per trombolisi (in collaborazione con DEA, S.C. Cardiologia-UTIC, S.C. Radiologia, S.C. Terapia Intensiva e Rianimazione) è pronto in attesa di approvazione definitiva e pubblicazione. VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica la pubblicazione Procedura Specifica: PSNEUMV001 di Ottobre 2022 in vigore dal 24 Ottobre 2022. In data 30/10/22 è stata effettuata trombolisi ev in paziente ricoverato per osservazione in UTIC secondo protocollo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 231 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione. VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Terapia di ultrafiltrazione nello scompenso cardiaco avanzato.	Effettuazione della terapia con ultrafiltrazione vena/vena come valida opzione terapeutica nel paziente affetto da scompenso cardiaco avanzato con resistenza al diuretico.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio di 1 trattamento con attenzione all'incremento dei costi secondo logica dipartimentale; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun trattamento avviato. 	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 05/08/2022 la Dott.ssa Bongioanni informa che con mail del 26/07/2022 il dott. Feola ha comunicato che è stata effettuata 1 terapia di ultrafiltrazione venovenosa in data 1/07/2022. VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica che con e-mail del 13/02/2023 il Dott. Feola conferma che, nel corso del 2022, sono stati effettuati n° 3 trattamenti di ultrafiltrazione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 232 di 521

Direttore: **IORELLI FABIO (Direttore sostituto)**

Struttura: **S.C. DIREZIONE SANITARIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 233 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 234 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che L'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 235 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 92%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	45	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 236 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 237 di 521

Direttore: **FIORETTO FRANCO**

Struttura: **S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 97,60 % **Media 2:** 98,85 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 238 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 239 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 5

97,00 97,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 97%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 240 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 241 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.

Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 31.08.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 31.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto.

5

5

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".

VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 242 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
b) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Osservanza delle indicazioni fornite; b) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; b) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; b) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; b) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati\apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che i costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 243 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 99 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 98.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.</p>	15	20	85,00	95,00	<p>RESPONSABILE VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente/parzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard). Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22). Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività del I sem. è 80,8.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Mail del 22/02/2023 del Dott. Sagnone che riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente/parzialmente raggiunto. L'indicatore della Scheda Risorse/Attività è 79,9. In accordo con la Direzione, considerato che il basso valore dell'indicatore della scheda è stato determinato da un incremento dei costi molto consistente (circa 480.000 euro in più rispetto al 2021), ma anche che il Direttore di Struttura, come previsto nello standard dell'obiettivo, ha redatto una relazione in cui ha dettagliatamente spiegato le motivazioni di tale incremento di spesa e del conseguente mancato rispetto del budget economico, si propone un raggiungimento dell'85% dell'obiettivo per il Direttore della Struttura e del 95% per il restante personale, solo parzialmente coinvolto nelle attività</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO PER IL P1 ALL' 85% E PER IL P2 AL 95%</p>
---------------------------	---	--	----	----	-------	-------	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 244 di 521

interessate dall'obiettivo stesso.									
Transitional Care.	<p>Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico con coinvolgimento dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile (DSM e DMI). Indicatore: relazione congiunta inserimento procedura e compilazione scheda transitional care.</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): partecipazione alla relazione congiunta e completamento delle schede. - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata partecipazione alla relazione congiunta e mancata compilazione delle schede.</p>	5	10	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 25/08/2022 del Dott. Riso: "L'obiettivo "Transitional Care" ha permesso una collaborazione ottimale tra DSM e DMI. Sono state compilate e trasmesse da parte del DMI tutte le schede dei pazienti minori al passaggio alla maggiore età con presa d'atto e vidimazione della stessa da parte del Medico Psichiatra e successiva presa in carico."</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 23/01/2023 il Dott. Riso comunica che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constatata una piena collaborazione con la S.C. Neuropsichiatria Infantile che ha compilato le schede relative al passaggio di età, con la presa in carico da parte dei Medici e del personale del Dipartimento di Salute Mentale.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 245 di 521

Direttore: **FUSCO PATRIZIA**

Struttura: **S.C. PEDIATRIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 246 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 247 di 521

Direttore: **GALLARATE GABRIELLA**

Struttura: **S.C. OCULISTICA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 248 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 249 di 521

Direttore: **GAMBONE IVO**

Struttura: **S.C. SERVIZIO TECNICO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,80 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 250 di 521

Alienazione immobili.	Con riferimento alla SS. Patrimonio: redazione piano alienazione immobili.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Redazione piano alienazione immobili entro il 31/12/2022. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Assenza di piano. 	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC SERVIZIO TECNICO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 07/09/2022: il Responsabile sostituto della S.S. Patrimonio ha trasmesso una relazione specificando che si sta procedendo alla definizione del piano delle alienazioni attraverso un cronoprogramma delle attività propedeutiche all'alienazione degli immobili, che ne definirà le tempistiche secondo un ordine temporale stabilito in base al numero di proposte d'acquisto pervenute.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - con nota prot. 25176 del 23/02/2023 il Direttore S.C. Servizio Tecnico riferisce: il Piano di Alienazione degli immobili è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 22-09-2022 con il relativo cronoprogramma delle alienazioni. Con riferimento alle scadenze si precisa che le attività sono state svolte come da cronoprogramma e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con nota prot. 136382 del 31/10/2022 è stata inviata alla Soprintendenza l'istanza di verifica di interesse culturale del fabbricato sito in Ceva, Via Roma n. 3 "tabaccheria"; - con nota prot. 152752 del 05/12/2022 è stata inviata al Comune di Cavallermaggiore l'istanza di variante al Piano Regolatore Generale per la casa sita in P.za Santa Chiara 1 denominata "Casa Demonte"; - con nota prot. 157899 del 16/12/2022 è stata inviata al Comune di Fossano l'istanza di variante al Piano Regolatore Generale per i terreni siti in Via Soracco ex Via Piano; 	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
-----------------------	--	--	----	----	--------	--------	-------------------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 251 di 521

- in data 07/12/2022 con numero progressivo 3564/22 è stata asseverata la perizia di stima dell'ex Ospedale Civile di Racconigi;
- con nota prot. 161813 del 23/12/2022 è stata inviata alla Regione Piemonte la Deliberazione 433 del 19/12/2022 di richiesta di autorizzazione alla cancellazione dal patrimonio indisponibile e iscrizione al patrimonio disponibile e contestuale autorizzazione all'alienazione dell'ex Ospedale Civile di Racconigi;
- in data 28/12/2022 con numero progressivo 3935/22 è stata asseverata la perizia di stima dell'immobile denominato "Chiarugi, ex portineria e peso" sito in Racconigi. Tutta la documentazione è agli atti del servizio.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 252 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 253 di 521

Definizione scadenziario gare e contratti.

Definizione di uno scadenziario delle gare in essere con un alert di segnalazione del termine di scadenza del contratto per la predisposizione delle procedure di rinnovo di gara al fine di evitarne la proroga. Definizione piano scadenze contratti. Rispetto dello scadenziario definitivo.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): rispetto dello scadenziario dei contratti nella totalità dei casi, salvo proroghe tecniche o giustificazioni concordate con la Direzione Amministrativa. Definizione del piano scadenze contratti entro il 30/06/2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato rispetto dello scadenziario salvo proroghe tecniche o giustificazioni concordate con la Direzione Amministrativa. Mancata definizione del piano.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE - Mail S.C. Servizio Tecnico del 08/09/2022: predisposto lo scadenziario gare unico entro il 30/06/2022. I vari Servizi/Settori della S.C. Servizio Tecnico (S.S. Gestione Lavori Pubblici, Settore Ingegneria Clinica, Settore Conservazione e Uso Razionale dell'Energia ecc.), utilizzano già da tempo strumenti mirati al controllo delle procedure di loro competenza, con sistemi di alert rispetto alle scadenze e le varie tabelle riportano dati molto più dettagliati delle procedure rispetto a quanto richiesto. La tabella allegata allo scadenziario unico riassume i processi già attivati da anni dalle figure professionali coinvolte nell'espletamento delle procedure di gare o di controllo del budget. Altri sistemi di controllo/alert per evitare la proroga dei vari affidamenti consistono:
- procedure interne della Struttura relative ai provvedimenti in corso di approvazione (elenchi aggiornati e inviati alle figure professionali coinvolte);
- annotazione sui file relativi alla programmazione/budget delle scadenze e delle relative spese previste per i nuovi affidamenti: si specifica che in molti casi le scadenze non coincidono con l'inizio o la fine dell'anno.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 21189 del 15/02/2023 l'Ing. Gambone riferisce che l'obiettivo, raggiunto entro i termini prefissati del 30 giugno 2022, è stato comunque soggetto, nel secondo semestre 2022 a:
- continue verifiche dello

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 254 di 521

scadenziario unico delle gare e dei contratti, il file è stato salvato sulla "cartella condivisa tecnico" dell'ASLCN1, a disposizione di tutti i dipendenti della Struttura per consultazione e/o aggiornamenti;
- I dati riportati nello scadenziario unico sono stati continuamente incrociati con quelli contabili (contratti applicativo NFS), con i provvedimenti caricati in procedura Docspa e/o in corso e altresì con i dati riportati negli scadenziari di ogni singola Struttura e/o Settore, impegnata nell'ambito delle procedure di gare, si specifica che questi file erano già in uso a prescindere dall'obiettivo.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 255 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 5

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 256 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 257 di 521

Procedura approvvigionamenti.	Revisione linee guida e modulistica procedura approvvigionamenti e validazione come procedura di qualità con relativo inserimento su format.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/12/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/01/2023; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): revisione completa entro il 31/12/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/03/2023; - Obiettivo non raggiunto (<60%): revisione non effettuata entro il 31/12/2022. 	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "I servizi coinvolti si sono incontrati più volte (15/06, 22/06 e 21/07) per aggiornare la procedura in oggetto. In data 02/08 è pervenuto il contributo da parte del Direttore S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che ha completato la parte di competenza. Pertanto la procedura di revisione risulta già a buon punto. I contributi mancanti verranno acquisiti in tempo utile al fine di completare la revisione entro il termine del 30 settembre e quindi inserire su format qualità entro il 31/12/2022."</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce: Con mail del 05/12/2022 la SS Formazione Competenze e Qualità comunica che la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale a seguito della raccolta firme e in pari data è stata diffusa tramite lettera inviata su Gismaster (nota prot. n. 0152771) alle strutture coinvolte nell'applicazione. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI CON LA COLLABORAZIONE DELLA STRUTTURA SC SERVIZIO TECNICO</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
-------------------------------	--	--	---	---	--------	--------	-------------------------------	---	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 258 di 521

Realizzazione cronoprogramma lavori.

- Realizzazione di un cronoprogramma di lavori edili ai fini della sicurezza ed idoneità delle strutture.
 - Con riferimento al Settore Ingegneria Clinica.
 Realizzazione di un cronoprogramma per la sostituzione delle apparecchiature biomediche.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): rispetto del cronoprogramma con motivazione degli scostamenti concordati con la Direzione Amministrativa.
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato rispetto del cronoprogramma.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
 SERVIZIO
 TECNICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 07/09/2022 l'Ing. Gambone riferisce che in riferimento al Settore Ingegneria Clinica. "Realizzazione di un cronoprogramma per la sostituzione delle apparecchiature biomediche" si allega: tabella D) ingegneria Clinica_cronoprogramma 2022 _sostituzione apparecchiature biomediche. In relazione alla realizzazione di un cronoprogramma di lavori edili ai fini della sicurezza ed idoneità delle strutture si allega altresì: tabella E) cronoprogramma lavori edili concordati dalla S.C. Servizio Tecnico con la Direzione Generale, elencati in base al loro stato di avanzamento.

VERIFICA ANNUALE - con nota prot. 25176 del 23/02/2023 il Direttore S.C. Servizio Tecnico riferisce: per il primo indicatore è stato realizzato il cronoprogramma lavori edili concordati dalla S.C. Servizio Tecnico con la Direzione Generale, elencati in base al loro stato di avanzamento tra lavori ultimati, in corso o non attivati-non necessari; per il secondo indicatore, è stato realizzato un cronoprogramma di sostituzione apparecchiature biomediche, aggiornato al 31.12.2022. La documentazione è agli atti del Servizio.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 259 di 521

Realizzazione sistema di controllo immobilizzazioni e gestione magazzino.

- Revisione annuale delle procedure previste nel PAC ex D. Lgs. 118/2011 finalizzato al monitoraggio della logistica e delle immobilizzazioni.
- Controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti previsti dalle procedure del PAC in tema di immobilizzazioni.
- (OLD Controllo mensile dei beni inventariati e rettifiche inventari) Ricognizione fisica dei beni etichettati da eseguirsi a campione su cinque strutture aziendali e conseguente allineamento del patrimoniale aziendale alle risultanze delle rilevazioni attraverso l'applicativo NFS () come da richiesta in data 02.08.2022 della S.S. Patrimonio.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza revisione. Evidenza documentale dei controlli effettuati.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata presenza della revisione e dell'evidenza documentale dei controlli effettuati.

5	5
---	---

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS SERVIZIO
ISPETTIVO
SEGRETERIA
ORGANI E
UFFICI
COLLEGIALI

VERIFICA INFRANNUALE: - Prot. 106792 del 29/08/2022: Per il primo indicatore si conferma l'esecuzione della procedura dell'Azione D2.3 "garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici" della quale la competenza e della Struttura Patrimonio che coinvolge la Struttura Protesica e Integrativa, precisando che sono state svolte verifiche della dislocazione dei cespiti e che la "riconciliazione" avviene in occasione della predisposizione di un apposito documento, elaborato per il Conto Consuntivo. Per il secondo indicatore, con nota del 24 agosto 2022 sono state individuate le 5 Strutture aziendali ove procedere alla "ricognizione fisica dei cespiti". (Per approfondimenti si rimanda alla relazione ad oggetto "Verifica Infrannuale Budget 2022 [...] " ricevuta in data 29/08/2022 con protocollo n. 106792).

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce:
Nota prot. 134256 del 25/10/2022: richiesta del relazionante dott. Fulcheri alla S.C. Servizio Tecnico/SS. Patrimonio di dati su attività.
Nota prot. 135837 del 28/10/2022: risposta SS Patrimonio di impegno al raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12/2022.
Nota prot. 136745 del 31/10/2022: verifica infrannuale del Dott. Fulcheri.
Nota prot. 161145 del 22/12/2022: verifica annuale del Responsabile Sostituto Dott.ssa Eandi. Revisione

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 260 di 521

procedure PAC: non è stato necessario apportare modifiche alle procedure adottate. Controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti delle procedure PAC: l'attività è conforme alle procedure PAC adottate. Attività di ricognizione cespiti a campione su cinque strutture: conclusa positivamente con la stesura dei verbali conservati agli atti della S.S. Patrimonio.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 261 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	5
----	---

98,00	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Incremento costi energetici ha richiesto aumento dotazione di budget per fare fronte a spese non comprimibili."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la dotazione iniziale è stata incrementata, dopo confronto con la Direzione Generale, per le spese non comprimibili legate al caro energia e per le spese urgenti relative agli interventi di messa in sicurezza in manutenzione ordinaria. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. E' stato riscontrato un ritardo nell'autorizzazione al pagamento delle fatture (in particolare delle utenze) dovuto all'assenza del personale dedicato; nel complesso le fatture sono state pagate mediamente in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO PER IL P1 AL 98% E PER IL P2 AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 262 di 521

Direttore: **GATTOLIN ANDREA**

Struttura: **S.C. CHIRURGIA GENERALE MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 263 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 264 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente/parzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard). Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22). Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività del I sem. è 80,8.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 265 di 521

Direttore: **GENTILE LUCA**

Struttura: **S.S. FISICA SANITARIA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 266 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 267 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

20	50
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 268 di 521

Organizzazione corsi in collaborazione con SS Formazione, SC Medicina del Lavoro, SS Servizio Prevenzione e Protezione, SC Radiologie.

Eventi formativi e/o di addestramento FAD/ frontali o misti, con oggetto:
a) Risonanza Magnetica Fad+2 eventi di addestramento;
b) Laser con Addestramento;
c) Radioprotezione art 110 e 111;

d) ottiche e campi EM.

Relazione a cura del Responsabile della S.S. Fisica Sanitaria con riferimento codici degli eventi formativi o a ID e/o verbali di riunioni informative e di addestramento.

10 10

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS FISICA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 99412 del 09/08/2022 del Dott. Gentile: "Sono stati organizzati tutti i corsi previsti dall'obiettivo . Si riportano codici e date
FRONTALI con Addestramento Risonanza Magnetica:
- ECM N° 131-39770 D. M.S. 14/2021 DMIA CARDIOLOGICI E RISONANZA MAGNETICA ED1 08 feb ed 3 18 mar - ed 4 1 apr a Mondovì ED2 il 24 feb a Savigliano
WEBINAR
- ECM N° 131-39945 ex art 111 D. Lgs. 101/2020
RADIOPROTEZIONE IN ASLCN1 6 Edizioni 23 feb, 23 ma ,24 mag, 20 lug erogate in programma due edizioni il 21 set ed il 30 nov
FAD disponibili su medmood fino al 30 novembre 2022:

-
CN1_22_39976 AGGIORNAMENT O IN RISONANZA MAGNETICA
- ECM n.131-40595 D. LGS. 81/08 E CAMPI ELETTROMAGNETICI IN AMBITO SANITARIO
- ECM n.131-40597 "RADIAZIONI OTTICHE NON COERENTI NEI LUOGHI DI LAVORO
Frontale:
- ECMn n.131-40994
RADIOPROTEZIONE DEI DIRIGENTI E DEI PREPOSTI EX ex D. Lgs.101/2020 - sala Congressi Ospedale di Savigliano Ed1 28 giugno; in programma II ed a Savigliano il 21 set mattino
MISTI FAD + Addestramento in presenza:
- ECM CN1_22_40596 LEGGE 81:LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO NELL'IMPIEGO CLINICO DEL LASER" AGGIORNAMENTO

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 269 di 521

disponibile su medmood fino al 30 nov 2022
- DIRIGENTI E DEI PREPOSTI
EX ex D. Lgs.101/202 Evento
Formativo Aziendale sala
Congressi Ospedale di Savigliano
ED1" 28 giugno 2022 in
programma la II edizione sempre a
Savigliano il 21 settembre al
mattino
MISTI FAD + Addestramento in
presenza
- ECM CN1_22_40596 LEGGE
81:LA SICUREZZA E LA
GESTIONE DEL RISCHIO
NELL'IMPIEGO CLINICO DEL
LASER - AGGIORNAMENTO
disponibile su medmood fino al 30
nov 2022"

VERIFICA ANNUALE - Con nota
prot. 10681 del 25/01/2023 il Dott.
Gentile ha trasmesso la relazione
finale comunicando che sono stati
organizzati tutti i corsi richiesti
inclusi quelli dell'obiettivo. Si
riportano codici e date
FRONTALI con Addestramento
Risonanza Magnetica
- ECM N° 131-39770 D. M.S.
14/2021 DMIA CARDIOLOGICI E
RISONANZA MAGNETICA ED1
08 feb ed 3 18 mar -ed 4 1 apr
a Mondovì ED2 il 24 feb a-
Savigliano con addestramento
WEBINAR
- ECM N° 131-39945 ex art 111 D.
Lgs. 101/2020
RADIOPROTEZIONE IN ASLCN1
6 Edizioni 23 feb 23 mar ,24 mag,
20 lug, 21 set ed il 30 nov
FAD disponibili su medmood
fino al 30 novembre 2022
-
CN1_22_39976 AGGIORNAMENT
O IN RISONANZA MAGNETICA
disponibile

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 270 di 521

- ECM n.131- 40595 D. LGS. 81/08
E CAMPI ELETTROMAGNETICI
IN AMBITO SANITARIO

Attivo dal 1 giugno

- ECM n.131- 40597 "RADIAZIONI
OTTICHE NON COERENTI NEI
LUOGHI DI LAVORO"

Attivo dal 23 maggio

- ECM 42331 La radioprotezione
del paziente in interventistica e
diagnostica dal 10 ottobre al 31
dicembre 2022

Frontale

- ECM n n.131-40994

RADIOPROTEZIONE DEI
DIRIGENTI E DEI PREPOSTI EX
ex D. Lgs.101/2020 - sala
Congressi Ospedale di Savigliano
Ed1 - 28 giugno; Ed2 a Savigliano
il 21 set mattino

- ECM n.131-41877 Aggiornamenti
di radioprotezione per il medico
autorizzato 21 nov 2022 Savigliano

- no ECM 20220841 Radiation
Protection in Emergency TRAIN
THE TRAINERS 24 ott 2022
Mondovi

- ECM n 131-41978

Radioprotezione in Emergenza:
refresh Savigliano 20 dic 2022
MISTI FAD + Addestramento in
presenza

- ECM CN1_22_40596 LEGGE
81:LA SICUREZZA E LA
GESTIONE DEL RISCHIO
NELL'IMPIEGO CLINICO DEL
LASER- AGGIORNAMENTO
disponibile su medmood fino al 30
nov 2022.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 271 di 521

RADON D.L. 101/2020.

a) Aggiornamento norme interne;
b) monitoraggio RADON sulle 13 sedi individuate ai sensi dell'art 17 D.Lgs.101/2020;

c) collaborazione con il servizio di dosimetria e SPP per la relazione tecnica e la valutazione dei rischi;
d) corso di formazione sulla sede di Villa.

Relazione a cura del Responsabile della S.S. Fisica Sanitaria con riferimentai codici degli eventi formativi o a ID e/o verbali di riunioni informative e di addestramento.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FISICA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 99412 del 09/08/2022 del Dott. Gentile: "Tra gennaio e aprile sono state elaborati i dati delle misurazioni del I semestre. Dove le misure superavano i limiti seppure con misure parziali come a Racconigi sono state inviate specifiche informative e richieste dei dati di attività dettagliati al datore di lavoro delegato. Tra il 1°maggio ed il 25 agosto 2022 sono stati raccolti i dosimetri della misurazioni del II semestre delle seguenti sedi previ o accordo con i servizi interessati.
- Borgo San Dalmazzo Piazza don Viale 2
- Ceva Via Borgognone 1
- Cuneo Corso Dante 46
- Dronero Via Pasubio 7
- Demonte via Perdioni 2
- Fossano via Ospedale 4 PO
- Fossano Via Ospedale 8 poliambulatori
- Racconigi via Priotti 47bis
- Saluzzo Le corti via della Resistenza
- Savigliano via Torino 143 ex ENEL
- Savigliano via Ospedali
- Savigliano Strada Cavallotta N° 5
Riguardo la sede di Sant'Albano stura è stata dismessa dalla ASLCN1 e nella relazione è riportato solo il valore del primo semestre. Al momento l'unica valutazione dei rischi completa è quella di Borgo San Dalmazzo. Le norme specifiche sono e saranno aggiornate all'interno dei documenti di valutazione rischi. Per le relazioni tecniche di competenza del servizio di dosimetria la fisica ha collaborato per fornire mappe codici locali coordinate geo, destinazione uso, date e tempi di

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 272 di 521

posizionamento. Da settembre non appena saranno disponibili formalmente le relazioni tecniche del Servizio di dosimetria saranno redatte le restanti 11 valutazioni dei rischi e condotto il corso di formazione per gli operatori della Villa e di Racconigi. tali documenti saranno presentati formalmente nella riunione periodica ex D. Lgs. 81/08."

VERIFICA ANNUALE - Con nota prot. 10681 del 25/01/2023 il Dott. Gentile ha trasmesso la relazione finale comunicando che tra gennaio e aprile sono stati elaborati i dati del I semestre di misura su tredici sedi (Borgo San Dalmazzo Piazza don Viale 2, Ceva Via Borgognone 1, Cuneo Corso Dante 46, Dronero Via Pasubio 7 . Demonte via Perdioni 2 , Fossano via Ospedale 4 PO, Fossano Via Ospedale 8 poliambulatori, Racconigi via Priotti 47bis, Saluzzo Le corti via della Resistenza, Savigliano via Torino 143 ex ENEL, Savigliano via Ospedali , Savigliano Strada Cavallotta N° 5, Sant Albano dismessa prima della fine del I semestre. Sono state inviate specifiche informative e richieste dati riguardo la sede di Racconigi dovè si manifestava un superamento del limite. Tra il 1°maggio ed il 25 agosto 2022 sono stati raccolti i dosimetri del II semestre. Per le relazioni tecniche di competenza del servizio di dosimetria la fisica ha collaborato per fornire mappe codici locali coordinate geo, destinazione uso, date e tempi di posizionamento al servizio dosimetrico. Al recepimento dei dati del servizio di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 273 di 521

dosimetria sono state redatte entro 30 giorni di legge le valutazioni dei rischi, DVR, tutte con data certa poi presentate in riunione periodica il 19 dic 2022 e consultabili sulla intranet. Le norme specifiche sono aggiornate all'interno dei DVR. E' stata predisposta la comunicazione al ministero del lavoro per il superamento di Racconigi. Il corso di formazione per gli operatori della Villa e di Racconigi è stato attuato frontalmente il giorno 19 dicembre 2022 con codice 20220895 e titolo "Radioprotezione Radon e radiazioni ionizzanti".

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 274 di 521

Risonanza Magnetica.

Redazione della procedura
DMIA cardiologici.

Presenza della procedura/codice di
qualità o ID verbale riunione di
accettazione.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FISICA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 99412 del 09/08/2022 del Dott. Gentile: "La procedura ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA SU PAZIENTI CON DISPOSITIVI CARDIACI IMPIANTATI ATTIVI è pubblicata nel sistema qualità sulla intranet con il Numero PS DSP 016 ver 00 2022 emessa dalle direzioni sanitarie di presidio, stesura a cura del resp della Fisica Sanitaria , dei medici responsabili delle RM di Savigliano e Mondovì e dal Cardiologo referente e poi approvata da risk management e direttori S.C. Cardiologia e CTSRM. La procedura è attiva (i pazienti portatori sono sottoposti ad esame fin da aprile 2022)."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con nota prot. 10681 del 25/01/2023 il Dott. Gentile ha trasmesso la relazione finale comunicando che la procedura ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA SU PAZIENTI CON DISPOSITIVI CARDIACI IMPIANTATI ATTIVI è pubblicata nel sistema qualità sulla intranet con il Numero PS DSP 016 ver 00 2022 emessa dalle direzioni sanitarie di presidio, stesura a cura del resp della Fisica Sanitaria , dei medici responsabili delle RM di Savigliano e Mondovì e dal Cardiologo referente e poi approvata da risk management e direttori S.C. Cardiologia e CTSRM. La procedura è attiva (i pazienti portatori sono sottoposti ad esame fin da aprile 2022).

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 275 di 521

Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni.

- a) Collaborazione Commissione di vigilanza
- b) Collaborazione con Dipartimento di Prevenzione per regime autorizzativo;
- c) Aggiornamento moduli vigilanza art 46 et nulla osta;.
- d) Redazione modulo per laser
- e) Collaborazione con organi regionali su RM e Domiciliare;
- f) Eventuale collaborazioni se richiesta di competenza.

Relazione a cura del Responsabile della S.S. Fisica Sanitaria.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FISICA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 99412 del 09/08/2022 del Dott. Gentile: "Sono state soddisfatte le richieste (riunioni e pareri preventivi e per atti autorizzativi) richiesti direttamente: a) dalla Commissione di Vigilanza; b) dal Dipartimento di prevenzione ex art 47 e 53 D. Lgs. 101/2021. Nel dettaglio sono state espressi 47 pareri ex articoli 46 e art 53 D. Lgs101/2020 al 13 luglio 2022; c) dall'organismo tecnico per i nulla osta prefettizi e sanitari sia sulle pratiche con radiazioni ionizzanti sette pratiche esaminate più due pareri espressi su comunicazioni prefettizie al 12 luglio 2022; d) dalla Regione Piemonte. A riguardo con atto DD-A14 397 DEL 04/05/2020 - SANITA' E WELFARE della Regione Piemonte il responsabile della fisica sanitaria fa parte del Gruppo tecnico previsto nella DGR n. 35-792 del 20 dicembre 2019 e collabora ex fascicolo 3/2014A/A14000) in tema di radiologia domiciliare. L'Attività è particolarmente impegnativa per il costante aggiornamento necessario su tutti i settori dove sono impiegati le radiazioni. I colleghi del servizio hanno fornito competenze e collaborazione ogni qualvolta necessario."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE -Con nota prot. 10681 del 25/01/2023 il Dott. Gentile ha trasmesso la relazione finale comunicando che sono state soddisfatte le attività richieste per: a) la Commissione di Vigilanza e altri servizi 3 pratiche b) il Dipartimento di prevenzione ex art 47 e 53 D. Lgs. 101/2021 89

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 276 di 521

pratiche c) l'organismo tecnico per i nulla osta prefettizi e sanitari . In dettaglio (a+b+c) riguardavano le seguenti pratiche: 56 odontoiatriche, 6 veterinarie, 15 radiologiche, 35 industriali, 1 radon e 1 risonanza. d) dalla Regione Piemonte.

A riguardo con atto DD-A14 397 DEL 04/05/2020 - Sanita' e Welfare della Reg. Piemonte il Responsabile della Fisica Sanitaria fa parte del Gruppo tecnico previsto dalla DGR n. 35-792 del 20 dicembre 2019 (3 pareri nel 2022) e collabora ex fascicolo 3/2014A/A14000) in tema di radiologia domiciliare. L'Attività è particolarmente impegnativa per il costante aggiornamento necessario su tutti i settori dove sono impiegati le radiazioni. I colleghi del servizio hanno fornito competenze e collaborazione. Aggiornamenti dei moduli per valutazioni MODFISAN032 Valutazioni dell'ORGANISMO TECNICO (ART. 5 L.R. 5/2010) 02/03/2022, , MODFISAN009 Valutazione Comunicazione PRATICHE RADIOLOGICHE ex art 46 e 53 D. Lgs 101/2020 per il Dip di Prevenzione aggiornamento 01/03/22, MODFISAN038 Modulo Vigilanza LASER ottobre 2022.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 277 di 521

Direttore: **GHIGO GABRIELE**

Struttura: **S.C. DISTRETTO NORD-OVEST**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 278 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 279 di 521

Contenimento dei costi in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata).

Impegno nella riduzione dei costi di euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Riduzione dei costi pari ad euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale.- Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100) Riduzione dei costi tra euro 130.000 ed euro 144.000 per la nutrizione enterale e tra euro 400.000 ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata.
- Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Riduzione dei costi tra euro 80.000 ed euro 130.000 per la nutrizione enterale tra euro 320.000 ed euro 400.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale:- Obiettivo non raggiunto (<60%): realizzazione analisi dei costi < di 80.000 euro per la nutrizione enterale e < a 320.000 euro per la farmaceutica convenzionata.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la dietologia dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia Territoriale e con i Medici di medicina generale." Con nota prot. 163567 del 29/12/2022 il Dott. Ghigo riferisce che è stata richiesta la revisione del target nella riduzione dei costi per la nutrizione enterale (come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021) in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. L'andamento della spesa nel corso del 2022 (spesa 2021 circa 1.724.000 euro, standard richiesto -144.000 euro pari a circa 1.580.000 euro, dotazione iniziale 1.626.000 euro circa, spesa in decrescita fino a 1.634.000 euro circa di novembre) si ritiene perseguibile allo stato dei fatti e degli interventi possibili il risultato economico di sostanziale pareggio con la dotazione assegnata o di minor decremento incremento (-55.000 euro) rispetto al 2021 e si richiede di rivedere conseguentemente lo standard dell'obiettivo. In riferimento alla farmaceutica convenzionata, nonostante gli interventi già attuati e pur tenendo conto delle azioni correttive intraprese ed ancora in corso di

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 280 di 521

realizzazione e di corresponsabilizzazione dei prescrittori interni ed esterni sull'appropriatezza e sugli effetti economici delle prestazioni, si conferma la richiesta di revisione del target dell'obiettivo nella riduzione dei costi di euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021 in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. Tenuto conto di quanto sopra e dei significativi ed importanti interventi mirati al contenimento della spesa, che si colloca comunque ai livelli minimi su base regionale, si ritiene realisticamente perseguibile il risultato economico di riduzione dei maggiori costi per la farmaceutica convenzionata, con una stima di maggior spesa percentuale intorno al 2 % rispetto al 2021, in linea con l'andamento delle ASL a minor spesa, e si chiede di adeguare lo standard dell'obiettivo a tale %.

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi ed alla verifica di appropriatezza, in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la Dietologia dell'ASO S.Croce e Carle. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia territoriale e con i Medici di Medicina Generale. Nell'anno 2022 la spesa farmaceutica lorda dell'ASLCN1 è aumentata del 2,3%, in linea con gli incrementi

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 281 di 521

registrati per le ASL con minor spesa pro-capite. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con un valore pari ad € 132,50, rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94. Si può inoltre affermare che la spesa farmaceutica convenzionata dell'ASLCN1 ha sostanzialmente mantenuto il valore di spesa pro-capite dell'anno 2019 (pre-pandemia), pari ad € 132,05."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 282 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le sostanziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le parziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia il non raggiungimento delle riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Sono state messe in atto tramite i Distretti azioni per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso la prescrizione di specialità e confezioni cost-saving, incontri con MMG iperprescrittori, azioni su iperconsumatori e attività di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Dal monitoraggio della spesa il trend della farmaceutica convenzionata risulta in aumento nel periodo gennaio -giugno 2022 rispetto al medesimo periodo del 2021, nel mese di luglio 2022 si registra invece un significativo decremento rispetto all'anno precedente."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 283 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 284 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 285 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 286 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 287 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 288 di 521

							implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."	
Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.	Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 30.08.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 30.10.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto. 	510	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 289 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata dal Coordinatore di Macro-area; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, se non giustificato e/o concordato con il Coordinatore di Macro-area, entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che evidenzia a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 290 di 521

Scheda "Risorse/Attività"

Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".
L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 99 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.
-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 98.
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente/parzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).
Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).
Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività del I sem. è 80,8.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Come deciso in sede di budget, la valutazione dell'obiettivo viene effettuata considerando congiuntamente i quattro Distretti. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività dell'insieme dei Distretti è 96,6, ""aggiustato"" a 98, in seguito alla nettizzazone dell'incremento tariffario, riconosciuto dalla Regione Piemonte in corso d'anno ed applicato retroattivamente da gennaio, non previsto in fase di assegnazione del budget.

Ulteriori considerazioni:-
l'incremento rispetto al 2021 osservato a carico dei ""Dispositivi medici"" ha riguardato quasi esclusivamente: 1) tamponi COVID utilizzati nelle strutture residenziali, 2) sensori e altro materiale per diabetici, 3) pannoloni e 4) protesi cocleari;- nel corso del 2022 si è

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 291 di 521

osservata una costante,
progressiva e consistente riduzione
della spesa per anziani e disabili si
propone alla Direzione di
riconoscere il pieno
raggiungimento
dell'obiettivo. Considerate tutte
le motivazioni sopra esposte, si
propone il pieno raggiungimento

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 292 di 521

Direttore: **GIAIME DARIO**

Struttura: **S.S.D. TERAPIA ANTALGICA E GESTIONE ACCESSI VENOSI CENTRALI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 293 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 294 di 521

Programmazione di incontri
trimestrali per monitoraggio
andamento attività

Effettuazione di incontri
trimestrali con il Direttore del
Dipartimento Emergenza
Urgenza per monitoraggio
andamento attività, a partire
da maggio 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Presenza verbali di riunioni
trimestrali a partire dal mese di
maggio 2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancanza di verbali di riunioni
trimestrali.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail
del Dott. Raviolo del 11/08/2022:
"Nel primo trimestre (maggio-luglio)
sono stati effettuati 2 incontri con il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza (20 e 23 maggio). I verbali
sono agli atti della Struttura e del
Dipartimento. Si provvederà a
calendarizzare i restanti due
incontri per i trimestri rimanenti
(agosto-ottobre e novembre-
gennaio)." Mail del Dott. Raviolo
del 11/11/2022: "Aggiornamento al
31/10/2022: incontro il 17/10/22 a
Savigliano - verbale agli atti del
Dipartimento. Calendarizzato il
prossimo incontro per il 01/12/22 a
Mondovì."

VERIFICA ANNUALE: il Dott.
Raviolo con mail del 10/02/2023
comunica che l'incontro dell'ultimo
trimestre 2022 si è espletato in
data 01/12/2022 a Mondovì.
Verbale agli
atti della Struttura e del
Dipartimento. Sono stati svolti tutti
gli incontri trimestrali richiesti
pertanto l'obiettivo risulta
pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 295 di 521

Direttore: **GULLI GIOVANNI**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 296 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 297 di 521

Direttore: **LAUNARO NICOLA**

Struttura: **S.C.. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 298 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	25	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 299 di 521

Gestione clinica pazienti con
Sindrome Long Covid ad
interessamento respiratorio.

1.Valutazione del paziente in cui persiste una sintomatologia respiratoria (Tosse , dispnea) dopo la dimissione ospedaliera o dopo la guarigione a domicilio dopo una polmonite da COVID 19
a.Spirometria globale con DLCO
b.Test del cammino dei 6 minuti
c.Emogasanalisi
d.Saturimetria notturna
2.Definizione di uno slot di prenotazione specifico per l'ambulatorio di fisiopatologia respiratoria per assicurare la prima valutazione entro 10 giorni dalla richiesta al Centro prenotazioni o direttamente all'ambulatorio (contatto diretto del medico curante)
3.Definizione del quadro long COVID ed inserimento di questi pazienti nel programma di cura e follow up
4.Addestramento dei pazienti e dei caregivers alla gestione dei devices per assistenza respiratoria
a.Ventilatori
b.Aspiratori (se tracheotomizzati)
c.Ossigenoterapia
5.Monitoraggio domiciliare nei casi più complessi attraverso piattaforma di monitoraggio prevista nella gara di appalto della Regione Piemonte per l'ossigenoterapia
6.Ricoveri presso la terapia intensiva respiratoria in

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%)
1.Oltre il 90% dei pazienti effettua la prima valutazione entro 10 giorni
2.Oltre l'80% dei pazienti inseriti nel programma è seguito ad un anno
3.Meno del 10% dei pazienti ha una riacutizzazione con ricovero in terapia intensiva respiratoria
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)
1.Tra il 70% ed il 90% dei pazienti effettua la prima valutazione entro 10 giorni
2.Tra il 60 e 80% dei pazienti inseriti nel programma è seguito ad un anno
3.Tra il 10% ed il 20% dei pazienti ha una riacutizzazione con ricovero in terapia intensiva respiratoria
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)
1.Meno del 70% dei pazienti effettua la prima valutazione entro 10 giorni
2.Tra il 40 ed il 60% dei pazienti inseriti nel programma è seguito ad un anno
3.Tra il 20% ed il 30% dei pazienti ha una riacutizzazione con ricovero in terapia intensiva respiratoria
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
1.Meno del 50% dei pazienti effettua la prima valutazione entro 10 giorni
2.Meno del 40% dei pazienti inseriti nel programma è seguito ad un anno
3.Oltre il 30% dei pazienti ha una riacutizzazione con ricovero in terapia intensiva respiratoria

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022
"Dal 1° gennaio 2022 ad oggi sono stati valutati 65 pazienti post-COVID . Tutti i pazienti sono stati valutati tramite contatto diretto con l' ambulatorio di Ventiloterapia . Alla prima valutazione hanno effettuato : Visita , Spirometria globale , DLCO . Visto il basso grado di dispnea non si è effettuato test del cammino . Il 15% circa dei pazienti sta ancora effettuando ossigenoterapia , nessuno ventilazione non invasiva (NIV) od ossigenoterapia alti flussi umidificati e riscaldati (HFNC) . Tutti i pazienti sono stati inseriti in un programma di follow up. La periodicità è definita secondo il livello di gravità da un minimo di 4 mesi ad un massimo di 12 mesi. Nessun paziente è stato inserito in un programma di monitoraggio domiciliare perchè non avevano criteri di gravità adeguati. Nessuno tra i pazienti inseriti nel programma di follow up è stato ricoverato in terapia intensiva dopo l'episodio di covid. In conclusione: tutti i pazienti sono stati valutati entro i tempi previsti, al momento tutti i pazienti proseguono le visite di controllo, nessun paziente è stato ricoverato in terapia intensiva."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 conferma quanto descritto nella verifica infrannuale. Nei mesi da Giugno a Dicembre non sono state richieste all'ambulatorio di fisiopatologia respiratoria ulteriori valutazioni dei pazienti con Long-COVID. Attualmente permangono nel programma di follow up 30

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 300 di 521

occasione di riacutizzazioni
 Indicatori :
 1.% dei pazienti inseriti nel
 protocollo secondo i tempi
 stabiliti
 2.% di pazienti aderenti al
 programma
 3.N° di ricoveri in terapia
 intensiva

pazienti. L'obiettivo risulta pertanto
 pienamente raggiunto.

Procedura relativa alle cure palliative
 ed alla gestione del fine vita in
 rianimazione.

Procedura relativa alle cure
 palliative ed alla gestione del
 fine vita in rianimazione con
 particolare attenzione al
 tema della rimodulazione
 terapeutica e alla
 comunicazione delle notizie
 difficili.

- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): Presenza della procedura
 entro il 31.12.2022.
 - Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Procedura non effettuata nell'anno.

5	5
---	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
 DIP.
 EMERGENZA
 URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail
 del Dott. Raviolo del 11/08/2022
 "Per la Struttura sono stati
 individuati la Dr.ssa Maria Rosaria
 LaGhezza, il Dr. Luigi Barberis e le
 infermiere Eleonora Mondino e
 Valentina Rolando. Il gruppo si è
 riunito ed ha cominciato a valutare
 procedure già esistenti (Linee
 guida SIAARTI)."

VERIFICA ANNUALE: il Dott.
 Raviolo con mail del 10/02/2023
 comunica che la procedura è stata
 completata ed approvata ed è
 pubblicata sulla intranet aziendale
 PSdeur007 Cure palliative e fine
 vita in Anest Rianimazione rev 00.
 Si è provveduto a notificare
 l'avvenuta pubblicazione mediante
 lettera di diffusione del Dipartimento
 (prot.163026 del 28/12/2022).
 L'obiettivo risulta pertanto
 pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE
 ATTO DELLA
 MISURAZIONE E
 DEL GIUDIZIO DEL
 RELAZIONANTE,
 LO CONDIVIDE E
 NE CONFERMA IL
 RISULTATO
 VALUTANDO
 L'OBIETTIVO
 RAGGIUNTO AL
 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 301 di 521

Programmazione riunioni mensili di discussione casi clinici.

Programmazione di riunioni mensili di discussione casi clinici, protocolli operativi clinico assistenziali comuni con la partecipazione dei direttori di struttura e, a rotazione di tutto il personale medico e rappresentanti infermieristici. Trasmissione verbale di riunione alla Direzione del Dipartimento con firma dei partecipanti, orari di inizio e fine riunione.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): N. 1 riunione al mese a partire dal mese di Aprile 2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessuna riunione effettuata nell'anno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022: "Mail del 26/05/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 28/04/2022-16/05/2022. Mail del 29/06/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 13/06/2022-23/06/2022 (la riunione di agosto è stata anticipata a giugno). Nel mese di luglio la riunione si è svolta il 14/07. I verbali ed i fogli firme sono agli atti del Dipartimento."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che sono state svolte le ulteriori riunioni in data 23/09/2022-17/10/2022-24/11/2022 e 22/12/2022. I verbali e i fogli firme di tutte le riunioni sono agli atti delle varie Strutture e del Dipartimento. Essendo state svolte tutte le riunioni mensili l'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 302 di 521

Revisione ed integrazione procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti".

Revisione ed integrazione della procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti" che dovrà comprendere anche note di protezione, cautele, modalità di assistenza, indicazioni e tipo di trattamento antibiotico, flusso informativo e matrice di competenze delle azioni.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della procedura entro il 31.12.2022.
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Procedura non effettuata nell'anno.

5	5
---	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Sono stati individuati i membri della commissione che dovrà rivedere tale procedura . Per quanto riguarda la Struttura saranno la Dr.ssa Monica Giordanengo e gli infermieri Cristina Bonansea e Walter Rosso. Di questo si è discusso in un incontro web tra rianimazioni (vedi verbale agli atti del Dipartimento). Per quanto riguarda Saluzzo si è deciso di modificare alcuni comportamenti di isolamento."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che è stata terminata la revisione n.1 della PSdsa016 Isolamento e Gestione del paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi multiresistenti e carbapenemasi produttori. Attualmente la Qualità sta procedendo alla raccolta firme per l'emissione e la pubblicazione sulla intranet aziendale. Si considera obiettivo pienamente raggiunto per la parte di competenza connessa alla Struttura.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 303 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	10	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 304 di 521

Direttore: **MARENGO MARITA**

Struttura: **S.C. NEFROLOGIA DIALISI MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 305 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	55	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 306 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 307 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 308 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 309 di 521

implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

Scheda "Risorse/Attività"

Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".

- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.

5	20
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.

VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 310 di 521

Direttore: MELI MASSIMILIANO

Struttura: S.C. MEDICINA LEGALE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 311 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
 b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino al 95%):
 a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
 DIP. DI
 PREVENZIONE/
 RESP. SSD
 DIR. AMM.VA
 DELLA
 PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
 b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
 b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 312 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 313 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 314 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 96%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	15	0	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	---	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 315 di 521

Integrazione servizi medici.

Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto(>95% fino a <100%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022:
L'integrazione della S.C. Medicina Legale con gli altri servizi medici del Dipartimento di Prevenzione è avvenuta attraverso la disponibilità e il supporto alle esigenze organizzative. Inoltre per quanto concerne la collaborazione e la partecipazione delle Strutture Dipartimentali finalizzata alla composizione delle sedute per le Commissioni sugli Stati Invalidanti è stata sufficientemente garantita dal personale Medico dello SPRESAL. Riguardo il SISP non vi è stata partecipazione alle Commissioni per motivi organizzativi e di servizio legati al Covid.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 DEL 21/02/2023:
L'integrazione della S.C. Medicina Legale con gli altri servizi medici del Dipartimento di Prevenzione è avvenuta attraverso la disponibilità e il supporto alle esigenze organizzative. Inoltre è continuata la collaborazione e la partecipazione delle Strutture Dipartimentali finalizzata alla composizione delle sedute per le Commissioni sugli Stati Invalidanti.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 316 di 521

Riduzione dei tempi di attesa degli stati invalidanti.

Riduzione dei tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati Invalidanti (invalidità civile, cecità civile, handicap, disabilità) a 150 giorni dalla data dell'istanza. L'obiettivo è rivolto sia al personale medico che al personale amministrativo ed è da intendersi con raggiungimento al 100%

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): 150 giorni;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): da 143 a 149 giorni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): da 90 a 142 giorni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): fino a 89 giorni.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: Nonostante la carenza del personale medico e l'aumento delle istanze pervenute, è stata comunque garantita, allo stato attuale, l'attività nel rispetto delle urgenze (legge 80/2006) e nel rispetto dei tempi di attesa stabiliti dagli obiettivi (tempi di attesa dalla data dell'istanza 130 giorni)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 DEL 21/02/2023: Nonostante la continua carenza di personale medico di ruolo nella Struttura, grazie ai progetti specificatamente attivati e all'attività integrata con le strutture mediche del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti, è stata garantita tutta l'attività nel rispetto dei tempi di attesa stabiliti dagli obiettivi (tempi di attesa dalla data dell'istanza per il 2022 pari a 101 gg).

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 317 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 318 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 319 di 521

Direttore: **MELLANO STEFANIA**

Struttura: **S.S. FARMACIA TERRITORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 320 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:
- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi
I documenti in arrivo devono essere:
- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:
- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 321 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 100%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 322 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
b) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Osservanza delle indicazioni fornite; b) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; b) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%): a) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; b) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; b) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE:
trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che conferma a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che i costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite (si precisa che il rispetto dei limiti di spesa non è oggetto di questo obiettivo) e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 323 di 521

Direttore: **MICCA GIANMATTEO**

Struttura: **S.C. LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA (Interaziendale dipendente da AO S. Croce)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 324 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 325 di 521

Direttore: **MILANO MARIA**

Struttura: **S.S.D. CENTRO DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO-GINECOLOGICA E PRENATALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 326 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 327 di 521

Direttore: MONTU' DOMENICO

Struttura: S.C. S.I.S.P.

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,85 % Media 2: 99,70 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 328 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
 b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino al 95%):
 a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
 - Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
 b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
 DIP. DI
 PREVENZIONE/
 RESP. SSD
 DIR. AMM.VA
 DELLA
 PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
 b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 329 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 330 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

97,00 97,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 97%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 331 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	50	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 332 di 521

Integrazione servizi medici.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto(>95% fino a <100%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle esigenze organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. 	10	10	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: L'attività vicariante con funzione integrativa tra i vari servizi medici del DP è continuata senza soluzioni di continuità rispetto agli anni precedenti e in considerazione alle fasi pandemiche COVID. Le varie esigenze che si sono presentate sono state soddisfatte integralmente e non si sono verificate carenze operative sul territorio nè a livello ambulatoriale.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 DEL 21/02/2023: E' continuata l'attività vicariante con funzione integrativa tra i vari servizi medici del DP senza soluzioni di continuità rispetto agli anni precedenti e in considerazione alle fasi pandemiche COVID. Le varie esigenze che si sono presentate sono state soddisfatte integralmente e non si sono verificate carenze operative.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023:"Obiettivo pienamente raggiunto.Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 333 di 521

Direttore: **MUZZULINI CARLO**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA CEVA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 334 di 521

Definizione ambulatorio dedicato all'asma grave.

Definizione di un percorso unico, diagnostico e terapeutico per la presa in carico del paziente affetto da asma di difficile controllo/asma grave mediante la creazione di un ambulatorio ad essi dedicato. L'ambulatorio verrebbe collocato all'interno degli spazi dedicati agli ambulatori di pneumologia/allergologia/fisio patologia respiratoria dell'Ospedale di Ceva. L'accesso del paziente avverrebbe con richiesta regionale da parte del MMG ma anche dopo contatto diretto da parte del personale del DEA.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): definizione ambulatorio entro il 31/12/2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata definizione ambulatorio.

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: l'attività in corso risente delle difficoltà operative del medico individuato.

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: con mail del 14/11/2022 il Dott. Muzzolini ha trasmesso le relazioni sugli obiettivi assegnati e il loro raggiungimento.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Definizione ambulatorio paziente affetto da Epatopatia cronica.

Creazione e strutturazione di un centro di riferimento epatologico per l'area Sud-Ovest della ASL CN1 con definizione di un percorso assistenziale che coinvolga il Territorio e l'Ospedale garantendo interventi sia nella fase screening di soggetti a rischio di epatopatia cronica sia nelle fasi avanzate della cirrosi e delle sue complicanze.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): definizione ambulatorio entro il 31/12/2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata definizione ambulatorio.

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: attività in corso che risente delle difficoltà di personale causa covid.

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: con mail del 14/11/2022 il Dott. Muzzolini ha trasmesso le relazioni sugli obiettivi assegnati e il loro raggiungimento.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 335 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 336 di 521

Direttore: **NEGRO MAURO**

Struttura: **S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attivazione del comparto amministrativo veterinario integrato.	L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di almeno 3 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di almeno 2 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di almeno 1 sportello integrato al 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuno sportello integrato al 31.12.2022.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: La Struttura sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo secondo la tempistica prevista, con la condivisione del progetto e la partecipazione al gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche con il personale delle diverse sedi, sta definendo gli iter e le procedure da adottare. VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: La Struttura ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter e le procedure da adottare.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 337 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

PAISA:

c) Rendicontazione PAISA 2021 e programmazione PAISA 2022 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti. Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno dell'80% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per

15

20

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed è stato trasmesso alla Regione Piemonte con la nota prot. 25912/P del 24/2/22. La programmazione PAISA 2022 è stata condivisa dalle strutture di sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato, recependo le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione attraverso il PRISA 2022.

Il documento Paissa 2022 è stato trasmesso alla Regione nei tempi previsti dal PRISA con nota prot. 53698/P del 29/4/22.

L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 338 di 521

la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Mancata rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2022; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali specificatamente individuati. Le scadenze relative alla trasmissione documentale e la tempistica dei flussi informativi sono stati regolarmente rispettati.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e ha contribuito, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP.

I dati di monitoraggio propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo c) il PAISA 2021 è stato

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 339 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 340 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 341 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 342 di 521

Integrazione servizi veterinari.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo non raggiunto (<60%): il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie. 	15	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: Il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2022.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: Sono continuate le attività integrate e vicarianti da parte del personale della Struttura, secondo la pianificazione programmata.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 343 di 521

Direttore: **OLIVERO EMANUELE**

Struttura: **S.C. GESTIONE RISORSE UMANE (Interaziendale)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 344 di 521

Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).

Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 5% delle autocertificazioni.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 3% delle autocertificazioni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 2% delle autocertificazioni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun controllo effettuato nel secondo semestre 2022 delle autocertificazioni.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del Dott. Olivero del 25/08/2022 che conferma che la Struttura effettua ordinariamente controlli sulle autocertificazioni in misura superiore al 5% richiesto. In particolare, per alcune tipologie di dichiarazioni di particolare delicatezza come quelle relative al casellario giudiziale il controllo è di norma effettuato massivamente. La situazione complessiva dei controlli 2022 effettuati ad oggi è la seguente:

- numero totale autocertificazioni: 4.629
- numero totale controlli: 519
- % di controlli effettuati: 11,21%.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Mail del Dott. Olivero del 10/02/2023 che conferma che la Struttura effettua ordinariamente controlli sulle autocertificazioni in misura superiore al 5% richiesto. In particolare, per alcune tipologie di dichiarazioni di particolare delicatezza, come quelle relative al casellario giudiziale, il controllo è di norma effettuato massivamente. La situazione complessiva dei controlli effettuati nell'anno 2022 è la seguente: - numero totale autocertificazioni: 7.626; - numero totale controlli: 1.013; % di controlli effettuati: 13,28%.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 345 di 521

Cronoprogramma delle assunzioni.	Report mensile per figura professionale dei concorsi aperti e delle dimissioni.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza del report a partire dal mese di maggio 2022. - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata elaborazione del report. 	15	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE SC GESTIONE RISORSE UMANE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 25/08/2022 il Dott. Olivero conferma che il report mensile è stato regolarmente inviato alla Direzione Aziendale a decorrere dal mese di maggio 2022 come previsto dall'obiettivo stesso, nelle seguenti date: 31/05/22 (maggio) - 29/06/22 (giugno) - 19/07/22 (luglio) - 24/08/22 (agosto).</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con mail del 05/01/2023 il Dott. Olivero conferma che il report mensile è stato regolarmente inviato alla Direzione Aziendale a decorrere dal mese di maggio 2022 come previsto dall'obiettivo stesso, nelle seguenti date: 31/05/22 (maggio) - 29/06/22 (giugno) - 19/07/22 (luglio) - 24/08/22 (agosto) - 29/09/22 (settembre) - 27/10/22 (ottobre) - 01/12/22 (novembre) - 23/12/22 (dicembre).</p> <p>La relativa documentazione è disponibile agli atti della SCI Gestione Risorse Umane.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
----------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 346 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 347 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	10	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 348 di 521

Interscambiabilità operatori.	Mappatura delle attività e diffusione delle competenze. Mappatura delle attività affidate a un solo dipendente e individuazione degli affiancamenti entro il 31/07/2022. Pieno superamento attraverso affiancamenti, di tutte le situazioni in cui una attività è affidata a un solo dipendente entro il 31/12/2022.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): mappatura effettuata entro il 31/07/2022. Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): mappatura effettuata entro il 31/08/2022. Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): mappatura effettuata entro il 30/09/2022. Diffusione delle competenze acquisite entro il 31/12/2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata mappatura e diffusione competenze. 	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail in data 01/08/2022 con cui il Dott. Balocco riferisce che il Servizio coinvolto ha trasmesso entro il 31/07/22 la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono già stati individuati gli operatori dedicati e nella maggior parte dei casi i sostituti. Nella seconda metà dell'anno verranno identificate le persone ancora mancanti per garantire un'effettiva interscambiabilità degli operatori in tutte le attività svolte dai Servizi coinvolti.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10/02/2023 il Dottor Balocco riferisce che in data 09/02/2023, il Dott. Olivero ha trasmesso la mappatura delle attività svolte. Per ciascuna di esse sono stati individuati gli operatori dedicati ed i sostituti. L'interscambiabilità degli operatori risulta garantita al 100%.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.	Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore della Struttura dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.	Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.	20	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE AO S. CROCE	<p>VALUTAZIONE ANNUALE - Con mail del 24/03/2023 la Segreteria della Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%</p>	L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 349 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria > 1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti in caso di necessità specifiche. Proseguimento nell'andamento della spesa al II trim 2022 in linea rispetto alla programmazione aziendale."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto (si ricorda che le assunzioni sono oggetto di specifiche autorizzazioni della Direzione Generale). I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 350 di 521

Direttore: **ORIGLIA MAURIZIO**

Struttura: **S.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 351 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 352 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 353 di 521

Revisione e aggiornamento documentazione tecnica DPI sito intranet aziendale- SPP.

Revisione e aggiornamento sulla intranet aziendale delle schede tecniche dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) in dotazione al personale aziendale.

1) Verifica DPI (Covid-19 e altri DPI) presenti a magazzino. Per "altri DPI" si intendono quelli per la testa, occhi, udito, mani, vie respiratorie, piedi, corpo intero;
2) Disponibilità delle schede tecniche dei DPI a magazzino;
3) Acquisizione della scheda tecnica e della dichiarazione di conformità per ogni DPI;
4) Identificazione di ogni DPI con una descrizione sintetica e il codice magazzino, al fine di una più semplice ricerca e identificazione.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Pubblicazione sulla intranet aziendale al link SPP della documentazione tecnica dei DPI Covid-19 e "altri DPI" entro il 30/11/2022

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Pubblicazione sulla intranet aziendale al link SPP della documentazione tecnica degli "altri DPI" entro il 30/11/2022

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Pubblicazione sulla intranet aziendale al link SPP della documentazione tecnica dei DPI Covid-19 entro il 30/11/2022

- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Verifica DPI, acquisizione schede tecniche e dichiarazione di conformità (mancata pubblicazione) entro il 30/11/2022.

20 20

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS SERVIZIO
PREVENZIONE
E PROTEZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 05/07/2022 dell'Arch. ORIGLIA trasmissione verifica infrannuale: "E' stato acquisito l'elenco dei DPI utilizzati in azienda con relative schede tecniche, dichiarazioni di conformità e codice magazzino. Si sta procedendo all'inserimento della documentazione tecnica dei DPI nella pagina SPP del sito intranet aziendale. La realizzazione dell'obiettivo sta procedendo come ipotizzato senza riscontrare al momento particolari problematiche".

VERIFICA ANNUALE: Mail del 24/01/2023 con cui l'Arch. Origlia comunica che si è provveduto all'inserimento della documentazione tecnica (schede tecniche, dichiarazioni di conformità e codice magazzino) dei DPI nella pagina SPP del sito intranet aziendale al link: staff/prevenzione_e_protezione/disp

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 354 di 521

Direttore: **ORIONE LORENZO MARCELLO**

Struttura: **S.S.D. UVOS**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 355 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino al 95%):
a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;
b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 356 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 357 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 358 di 521

Progetto per il miglioramento dei servizi rivolti ai cittadini in termini di accessibilità e riduzione problematiche forniture.

Miglioramento accessibilità call center, attraverso la diminuzione del n° di segnalazioni pervenute all'Urp.
 Controllo a partire dal 01/05/2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 N° segnalazioni Prev. Serena < 35%
 N° Tot. Segnalaz Organizzative
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)
 N° segnalaz Prev. Serena
 N° Tot. Segnalaz Organizzative
 Tra 35 e 40%
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)
 N° segnalazioni Prev. Serena
 N° Tot. Segnalaz Organizzative
 Tra 40 e 45%
 - Obiettivo non raggiunto (<60%)
 N° segnalazioni Prev. Serena > 60%
 N° Tot. Segnalaz Organizzative.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
 SS URP

VERIFICA INFRANNUALE: Prot. 88751 del 15/07/2022 relazione infrannuale trasmessa dalla Dott.ssa Cucco: "Mail del 02/05/2022 dall'UVOS che trasmette il verbale della riunione sulla proposta di intervento dei reclami URP.
 In seguito alla riorganizzazione del servizio telefonico, non ci sono state segnalazioni all'urp dal 01/05/22 al 13/07/22. Nello stesso periodo, le segnalazioni di tipo organizzativo sono state 1042. Nel corso del 2021 le segnalazioni inerenti la difficoltà di contatto tel con l'Uvos erano state 1414. L'obiettivo, quindi, al momento pare decisamente ad un elevato grado di raggiungimento."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Prot. 23193 del 20/02/2023 relazione annuale trasmessa dal Dott. Bruno "Nel periodo luglio-dicembre 2022 non sono pervenuti alla struttura Relazioni, Comunicazione e Ufficio Stampa reclami o segnalazioni relativi al servizio UVOS Prevenzione Serena. Prendendo in esame l'intero arco temporale del 2022 si è assistito a una diminuzione considerevole delle segnalazioni organizzative (59), riferibili interamente ai primi mesi dell'anno".

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 359 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 360 di 521

Direttore: **PAZZAIA TONI**

Struttura: **S.C. OTORINOLARINGOIATRIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pes		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.	L'applicazione del CartoRisk nell'analisi del percorso del paziente, dal momento dell'inserimento in lista d'attesa alla dimissione, finalizzata a determinare il rischio di evento avverso durante tutto il percorso di cura. FASI DEL PROGETTO 1.Mappatura del percorso di cura del paziente candidato ad intervento chirurgico (febbraio 2022) 2.Analisi delle tappe del percorso e individuazione dei punti di forza e delle criticità emerse, con raccolta e catalogazione degli eventi miss/near miss (aprile 2022) 3.Studio e stesura di una check-list finalizzata alla prevenzione degli errori (maggio 2022) 4.Applicazione delle azioni di miglioramento individuate (giugno 2022) 5.Analisi dei risultati e individuazione delle eventuali modifiche del percorso e/o introduzione di barriere nel percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico (novembre 2022).	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Completamento di tutte le 5 fasi del progetto con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/11/2022. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 4 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/06/2022 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 3 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/05/2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato avvio del progetto.	25	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. CHIRURGICO	VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazzià "L'obiettivo è monitorato: risultano completate le fasi dalla 1 alla 4 del progetto: 1) mappatura del percorso di cura; 2) analisi delle tappe di cura e individuazione dei punti critici; 3) messa a punto della check-list al fine di prevenire eventi avversi; 4) introduzione nella attività clinica della check-list e suo perfezionamento, raccolta dati." VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: Sono state completate le 5 fasi del progetto, e sono state rispettate le scadenze previste. Tutta la documentazione prodotta dal gruppo di lavoro è tracciabile (verbali di riunione, analisi dei dati, azioni di miglioramento, CHECK-LIST per la programmazione degli interventi), e tutte le figure professionali previste dal progetto risultano fattivamente coinvolte. La mappatura del percorso di cura ha consentito di stilare una CHECK-LIST interna, che è stata più volte rivista e integrata, con la finalità di minimizzare il rischio di errore/incompletezza della cartella clinica nella programmazione degli	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 361 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 362 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 363 di 521

Direttore: **PEROGLIO CARUS ALICE**

Struttura: **S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 364 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 365 di 521

Direttore: **PETRUZZELLI LUCA**

Struttura: **S.C. CHIRURGIA GENERALE SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 366 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 367 di 521

Direttore: **POGGIO DIEGO**

Struttura: **S.C. LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDII OSPEDALIERI**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 368 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 369 di 521

Definizione scadenziario gare e contratti.	Fornire informazioni necessarie [OLD alla predisposizione del piano scadenze contratti nel rispetto della procedura approvvigionamenti] all'attivazione delle procedure di approvvigionamento. [] MODIFICHE apportate come da prot. 81268 del 29/06/2022.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): invio informazioni entro i tempi previsti dalla procedura approvvigionamenti. - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancato invio informazioni. 	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS ACQUISTI	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Prot. 107824 del 31/08/2022: Prot. 81268 del 29/06/2022 trasmissione da parte dell'Avv. Acchiardi e dell'Avv. Poggio per modifica indicatore obiettivo Avv. Poggio (ok visto Direttore Amministrativo come mail del 28/06/2022). Alla data del 30/08/2022, la struttura assegnataria dell'obiettivo ha provveduto a trasmettere le informazioni necessarie all'attivazione delle procedure di approvvigionamento in tempo utile.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Mail del 24/02/2023 dell'Avv. Acchiardi: Le informazioni necessarie all'attivazione delle procedure sono state inviate in tempo utile.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--	--	--	---	---	--------	--------	--------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 370 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 371 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	5	30	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	---	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 372 di 521

POOL amministrativi di Dipartimento.	Progettazione per attivazione POOL amministrativi di Dipartimento per i Presidi Ospedalieri Area Nord. Stesura del progetto e definizione del cronoprogramma per l'attivazione del POOL.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 30/09/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 30/11/2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 31/12/2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 31/12/2022. 	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "Ad oggi sono stati effettuati 4 incontri con la S.C. Direzione Sanitaria di Savigliano e l'Ufficio Qualità, nonché acquisita documentazione dal DIPSA relativamente alla ricognizione delle funzioni amministrative svolte nei reparti degli ospedali dell'area nord. In data 22/07 la bozza di progetto è stata presentata e condivisa con i Direttori di Dipartimento. Si è in attesa di avere dagli stessi un nominativo di riferimento per l'avvio del progetto. L'ultima bozza è stata inviata all'Ufficio Qualità per la validazione. Si ritiene, quindi, di poter concludere la stesura del progetto e la definizione del cronoprogramma entro il 30/09/2022."</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce che la stesura del progetto e la definizione del cronoprogramma, in collaborazione con la SC Direzione Sanitaria di Savigliano, sono stati completati entro il 30/09/2022 con acquisizione del prot 121400 del 29/09/2022 e trasmesso in sede di verifica infrannuale con prot 122826 del 3/10/2022. Si intende evidenziare l'importante contributo dato dall'Ufficio Qualità sia nella fase di impostazione del progetto, avendo lo stesso messo a disposizione il modello MODSQ045 Change Management Correlato alla PGSQ038, sia nella fase di predisposizione del documento fornendo il supporto metodologico. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------------------	--	--	---	---	--------	--------	-------------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 373 di 521

TERMINI PREVISTI

Procedura approvvigionamenti.

Revisione linee guida e modulistica procedura approvvigionamenti e validazione come procedura di qualità con relativo inserimento su format.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/12/2022;
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): revisione completa entro il 30/09/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/01/2023;
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): revisione completa entro il 31/12/2022 e inserimento su format procedure qualità entro il 31/03/2023;
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): revisione non effettuata entro il 31/12/2022.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
 LOGISTICA E
 DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "I servizi coinvolti si sono incontrati più volte (15/06, 22/06 e 21/07) per aggiornare la procedura in oggetto. In data 02/08 è pervenuto il contributo da parte del Direttore S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che ha completato la parte di competenza. Pertanto la procedura di revisione risulta già a buon punto. I contributi mancanti verranno acquisiti in tempo utile al fine di completare la revisione entro il termine del 30 settembre e quindi inserire su format qualità entro il 31/12/2022."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce: Con mail del 05/12/2022 la SS Formazione Competenze e Qualità comunica che la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale a seguito della raccolta firme e in pari data è stata diffusa tramite lettera inviata su Gismaster (nota prot. n. 0152771) alle strutture coinvolte nell'applicazione. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI CON LA COLLABORAZIONE DI TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 374 di 521

Procedura cassa prestazioni (ogni
Struttura per quanto di competenza).

Con riferimento alla S.S.
Gestione Front Office.
Revisione e aggiornamento
della procedura cassa
prestazioni pscup004
correlata al piano attuativo
della certificabilità, con
progressivo adeguamento
alle nuove tipologie di
pagamento digitale, secondo
i percorsi condivisi con la
Regione Piemonte.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione completa entro il
30/09/2022 e inserimento su format
procedure qualità entro il 31/12/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
completa entro il 30/09/2022 e
inserimento su format procedure
qualità entro il 31/01/2023;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione completa
entro il 30/11/2022 e inserimento su
format procedure qualità entro il
31/03/2023;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
revisione non effettuata entro il
31/12/2022.

5

5

100,00

100,00

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE:
protocollo 106698 del 29/08/2022
inviato dall'Avv. Poggio: "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di
revisione e aggiornamento."

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

VERIFICA ANNUALE - Nota del
03/02/2023 prot. 15602 dell'Avv.
Poggio che riferisce: con
protocollo 106698 del 29/08/2022 è
stato comunicato che "Tutti i
servizi coinvolti hanno collaborato
proficuamente al fine del
raggiungimento dell'obiettivo e in
data 02/08 è pervenuta
comunicazione ufficiale
dell'avvenuta pubblicazione sulla
intranet aziendale della rev. 04 del
22/07/2022 della PScup004
"Procedura Cassa Prestazioni". Il
documento è reperibile alla
seguente pagina: Home > Staff
> Formazione sviluppo delle
competenze e Qualità > Funzione
Qualità > Documenti Specifici
Strutture > Direzione
Amministrativa d'Azienda > SS
Gestione Front Office. Si ritiene,
pertanto, conclusa l'attività di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 375 di 521

revisione e aggiornamento."
OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI
TERMINI PREVISTI CON LA
COLLABORAZIONE DELLE
STRUTTURE COINVOLTE

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 376 di 521

Realizzazione sistema di controllo immobilizzazioni e gestione magazzino.

- Revisione annuale delle procedure previste nel PAC ex D. Lgs. 118/2011 finalizzato al monitoraggio della logistica e delle immobilizzazioni.

- (OLD - Controllo mensile dei beni inventariati e rettifiche inventari).
- Controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti previsti dalle procedure del PAC in tema di immobilizzazioni.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza revisione. Evidenza documentale dei controlli effettuati.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata presenza della revisione e dell'evidenza documentale dei controlli effettuati.

5	5
---	---

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS SERVIZIO
ISPETTIVO
SEGRETERIA
ORGANI E
UFFICI
COLLEGIALI

VERIFICA INFRANNUALE: - Prot. 106792 del 29/08/2022: Per il primo indicatore si conferma l'esecuzione della procedura dell'Azione D2.3 "garantire l'adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici" della quale la competenza e della Struttura Patrimonio che coinvolge la Struttura Protesica e Integrativa, precisando che sono state svolte verifiche della dislocazione dei cespiti e che la "riconciliazione" avviene in occasione della predisposizione di un apposito documento, elaborato per il Conto Consuntivo. Per il secondo indicatore, con nota del 24 agosto 2022 sono state individuate le 5 Strutture aziendali ove procedere alla "ricognizione fisica dei cespiti". (Per approfondimenti si rimanda alla relazione ad oggetto "Verifica Infrannuale Budget 2022 [...] " ricevuta in data 29/08/2022 con protocollo n. 106792).

VERIFICA ANNUALE - Con mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce:
Nota prot. 134256 del 25/10/2022: richiesta del relazionario dott. Fulcheri alla S.C. Servizio Tecnico/SS. Patrimonio di dati su attività.
Nota prot. 135837 del 28/10/2022: risposta SS Patrimonio di impegno al raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12/2022.
Nota prot. 136745 del 31/10/2022: verifica infrannuale del Dott. Fulcheri.
Nota prot. 161145 del 22/12/2022: verifica annuale del Responsabile Sostituto Dott.ssa Eandi. Revisione

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 377 di 521

procedure PAC: non è stato necessario apportare modifiche alle procedure adottate. Controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti delle procedure PAC: l'attività è conforme alle procedure PAC adottate. Attività di ricognizione cespiti a campione su cinque strutture: conclusa positivamente con la stesura dei verbali conservati agli atti della S.S. Patrimonio.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 378 di 521

Riduzione spesa per AMOS.

Riduzione spesa sulle commesse AMOS (aziendali) di propria competenza per il valore di (OLD 1,2 milioni) 900.000 euro rispetto al consuntivo 2021 dei costi DAM di AMOS (17,040 milioni di euro), al lordo della marginalità complessiva sulle commesse AMOS, da intendersi in termini percentuali pari al 2021.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): riduzione di almeno (OLD 1,2 milioni) 900.000 euro rispetto al consuntivo 2021 dei costi DAM di AMOS (17,040 milioni di euro), al lordo della marginalità complessiva sulle commesse AMOS, da intendersi in termini percentuali pari al 2021;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): riduzione compresa (OLD tra 1,1 milioni e 1,2 milioni) 800.000 e 900.000 euro rispetto al consuntivo 2021 dei costi DAM di AMOS (17,040 milioni di euro), al lordo della marginalità complessiva sulle commesse AMOS, da intendersi in termini percentuali pari al 2021;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): riduzione compresa tra (OLD 800 mila e 1,1 milioni) 600.000 e 800.000 euro rispetto al consuntivo 2021 dei costi DAM di AMOS (17,040 milioni di euro), al lordo della marginalità complessiva sulle commesse AMOS, da intendersi in termini percentuali pari al 2021;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): riduzione inferiore a (OLD 800 mila) 600.000 euro rispetto al consuntivo 2021 dei costi DAM di AMOS (17,040 milioni di euro), al lordo della marginalità complessiva sulle commesse AMOS, da intendersi in termini percentuali pari al 2021.

30	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE: "La riduzione di spesa sulle commesse AMOS (aziendali) di propria competenza è stata stimata a luglio 2022 in € 714.800. (Per approfondimenti si rimanda alla relazione ad oggetto "OB 7/25 Riduzione spesa per AMOS - Verifica Infrannuale" ricevuta in data 29/08/2022 con protocollo n. 106785)"

VERIFICA ANNUALE - Prot.17752 del 09/02/2023: il target inizialmente previsto è stato rivisto dalla Direzione Generale. Le azioni di contrattazione poste in essere nel corso del 2022 su numerose commesse, dettagliate nella relazione prot n. 17752 del 08/02/2023, hanno determinato rispetto al preventivo 2022, un risparmio di € 901.356,00. La contrattazione, nel rispetto del mantenimento di un adeguato livello dei servizi offerti, è avvenuta attraverso un costante confronto con AMOS e con gli utilizzatori delle commesse, per cercare di minimizzare il più possibile eventuali effetti negativi sull'operatività dell'Azienda. Ad oggi si può dire che le performance aziendali non ne hanno risentito, così come i servizi all'utenza.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 379 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	5
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Spesa farmaceutica per distribuzione diretta in forte crescita, anche per l'attività dei centri prescrittori esterni."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 380 di 521

Direttore: **QUATELA MICHELA**

Struttura: **S.S. LABORATORIO ANALISI ASL CN1**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 381 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 382 di 521

Direttore: **QUERCIO MARCO**

Struttura: **S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AREA NORD**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 383 di 521

Definire gli standard lavorativi comuni tra le due Aree Nord e Sud.	Definizione di standard lavorativi comuni attraverso protocolli condivisi di valutazione dei pazienti individuando patologie di maggior afflusso.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fase 1: individuazione patologie entro il 30/06/2022 Fase 2: Definizione di almeno 1 protocollo entro il 31/12/2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione delle due fasi.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: sono state identificate le principali patologie afferenti alla SC attraverso una analisi dei pazienti dei primi 4 mesi dell'anno. E' in corso di definizione il protocollo condiviso di trattamento per una patologia definita VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: definito il percorso per il trattamento della scoliosi all'interno della SC.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	45	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante. VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 384 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Uniformare le procedure amministrative fra le due Aree Nord e Sud.	Uniformare le procedure amministrative fra l'area Nord e l'area Sud.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): unificazione di almeno 5 procedure entro il 31.12.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): unificazione di almeno 4 procedure entro il 31.12.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): unificazione di almeno 3 procedure entro il 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuna unificazione effettuata. 	10	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 06/09/2022: Sono in corso di definizione le procedure tra le due aree</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore del Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo del 22/02/2023 che riferisce: sono state definite le seguenti procedure tra le due aree: prenotazioni classi B, prenotazioni e gestione prescrizione ausili, gestione DEM a scavalco di anno, modalità di valutazione e gestione dei pazienti in regime domiciliare, unificazione procedure reparti degenza riabilitativa. La documentazione è disponibile agli Atti per le eventuali verifiche.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 385 di 521

Direttore: **RAVIOLO MARIO**

Struttura: **S.C. MAXIEMERGENZA 118 (REGIONALE)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con Commissione Europea per obiettivi relativi ai fondi delle Voluntary Pool.	Collaborazione con Commissione Europea per Obiettivi relativi ai Fondi delle Voluntary Pool	-Obiettivo pienamente raggiunto: acquisizioni per il 90% (escluso impianto ossigeno) -Obiettivo sostanzialmente raggiunto: acquisizioni per il 70% (escluso impianto ossigeno) -Obiettivo parzialmente raggiunto: acquisizioni per il 50% (escluso impianto ossigeno) -Obiettivo non raggiunto: nessuna acquisizione	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC MAXIEMERGENZA 118	VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 05/07/2022 del Dott. RAVIOLO "Sono stati acquisiti tutti i materiali e attrezzature previste dal Progetto (la scadenza per ciò era il 12.08.2022). Dopo il 12.08.2022 (prima non si può) invieremo alla Commissione il Report finale con tutte le acquisizioni. Successivamente a tale data, ed entro il 12.10.2022, la Struttura provvederà ad inviare il Report finale alla Commissione Europea per la chiusura del Progetto."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: Il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che la Struttura ha inviato il report finale per la chiusura del Progetto in data 15/09/2022 con nota prot.n. 0114237. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.	

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 386 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 387 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 388 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 389 di 521

Direttore: **REINAUDO PIERO GIUSEPPE**

Struttura: **S.C. SERVIZIO LEGALE (Interaziendale)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 390 di 521

Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).

Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 5% delle autocertificazioni.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 3% delle autocertificazioni;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): controllo nel secondo semestre 2022 di almeno il 2% delle autocertificazioni;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun controllo effettuato nel secondo semestre 2022 delle autocertificazioni.

5

20

100,00

100,00

DIRETTORE
AMMINISTRATI
VO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 dell'Avv. Reinaudo: "Sono state ricevute n. 3 autocertificazioni, correlate all'affidamento di incarichi legali. Si è proceduto al controllo di n.1 autocertificazione. La documentazione è a disposizione."

VERIFICA ANNUALE: L'Avv. Reinaudo con mail del 22/02/2023 riferisce che sono state ricevute n. 17 autocertificazioni, correlate all'affidamento di incarichi legali e richieste della Farmacia. Si è proceduto al controllo di n.7 autocertificazioni. La documentazione è a disposizione..

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 391 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 392 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 95%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	15	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 393 di 521

Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.	Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore della Struttura dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo.	Valutazione a cura della Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.	20	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE AO S. CROCE	.	VALUTAZIONE ANNUALE - Con mail del 24/03/2023 la Segreteria della Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%	L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2.	Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore della Struttura dall'ASL CN2.	Valutazione a cura della Direzione Generale dell'ASL CN2.	20	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE ASL CN2	.	VALUTAZIONE ANNUALE - Comunicazione ASL CN2 del 07/03/2023 (prot. 31235 del 08/03/2023): l'OIV dell'ASL CN2 comunica la valutazione positiva obiettivi budget 2022 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.	L'OIV dell'ASL CN2 riferisce la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo al 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 394 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

5	20
---	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 395 di 521

Direttore: **RIGHELLO ORNELLA (Direttore f.f.)**

Struttura: **S.C. DISTRETTO SUD-EST**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pes		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi dei costi in ambito territoriale.	Analizzare le caratteristiche e le qualità degli interventi richiesti per ciascuna tipologia di attività svolta a favore dell'ASL, anche mediante la strutturazione di una reportistica di rendicontazione. Strutturazione di un sistema omogeneo di lettura delle attività tra i diversi distretti. Applicazione del metodo di programmazione predetto, secondo l'analisi dei fabbisogni, a partire dal II semestre 2022, con finalità preventive (budget) e consuntive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione reportistica, utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata realizzazione analisi dei costi.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA' (con il supporto della contabilità analitica)	VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 09/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che trasmette report I semestre sull'analisi dei costi. Mail del 26/05/2022 della Dott.ssa Ippolito che comunica che il Tavolo di Coordinamento Distrettuale del 11.05.2022 ha deciso di rendere mensile anziché trimestrale la rilevazione delle spese al fine di consentire un monitoraggio più pressante dell'andamento della spesa stessa. Trasmette altresì il prospetto completato con la spesa relativa al mese di aprile 2022. Mail del 21 giugno 2022 della dottoressa Ippolito con aggiornamento a maggio." VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la reportistica di distretto è stata prodotta con riferimento al 2022 attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte del 2022. Obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 396 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

20	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 397 di 521

Contenimento dei costi in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata).

Impegno nella riduzione dei costi di euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Riduzione dei costi pari ad euro 144.000 per la nutrizione enterale ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale.- Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100) Riduzione dei costi tra euro 130.000 ed euro 144.000 per la nutrizione enterale e tra euro 400.000 ed euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata.
- Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Riduzione dei costi tra euro 80.000 ed euro 130.000 per la nutrizione enterale tra euro 320.000 ed euro 400.000 per la farmaceutica convenzionata, come indicato nella delibera del budget territoriale:- Obiettivo non raggiunto (<60%): realizzazione analisi dei costi < di 80.000 euro per la nutrizione enterale e < a 320.000 euro per la farmaceutica convenzionata.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la dietologia dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia Territoriale e con i Medici di medicina generale." Con nota prot. 163567 del 29/12/2022 il Dott. Ghigo riferisce che è stata richiesta la revisione del target nella riduzione dei costi per la nutrizione enterale (come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021) in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. L'andamento della spesa nel corso del 2022 (spesa 2021 circa 1.724.000 euro, standard richiesto -144.000 euro pari a circa 1.580.000 euro, dotazione iniziale 1.626.000 euro circa, spesa in decrescita fino a 1.634.000 euro circa di novembre) si ritiene perseguibile allo stato dei fatti e degli interventi possibili il risultato economico di sostanziale pareggio con la dotazione assegnata o di minor decremento incremento (-55.000 euro) rispetto al 2021 e si richiede di rivedere conseguentemente lo standard dell'obiettivo. In riferimento alla farmaceutica convenzionata, nonostante gli interventi già attuati e pur tenendo conto delle azioni correttive intraprese ed ancora in corso di

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 398 di 521

realizzazione e di corresponsabilizzazione dei prescrittori interni ed esterni sull'appropriatezza e sugli effetti economici delle prestazioni, si conferma la richiesta di revisione del target dell'obiettivo nella riduzione dei costi di euro 444.000 per la farmaceutica convenzionata come indicato nella delibera del budget territoriale n. 784 del 24/12/2021 in quanto si è confermato nei mesi scorsi la non perseguibilità di tale standard. Tenuto conto di quanto sopra e dei significativi ed importanti interventi mirati al contenimento della spesa, che si colloca comunque ai livelli minimi su base regionale, si ritiene realisticamente perseguibile il risultato economico di riduzione dei maggiori costi per la farmaceutica convenzionata, con una stima di maggior spesa percentuale intorno al 2 % rispetto al 2021, in linea con l'andamento delle ASL a minor spesa, e si chiede di adeguare lo standard dell'obiettivo a tale %.

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi ed alla verifica di appropriatezza, in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la Dietologia dell'ASO S.Croce e Carle. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia territoriale e con i Medici di Medicina Generale. Nell'anno 2022 la spesa farmaceutica lorda dell'ASLCN1 è aumentata del 2,3%, in linea con gli incrementi

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 399 di 521

registrati per le ASL con minor spesa pro-capite. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con un valore pari ad € 132,50, rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94. Si può inoltre affermare che la spesa farmaceutica convenzionata dell'ASLCN1 ha sostanzialmente mantenuto il valore di spesa pro-capite dell'anno 2019 (pre-pandemia), pari ad € 132,05."

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 400 di 521

Contenimento della spesa
farmaceutica territoriale (azioni).

Progetto di Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale:
- messa in atto, attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della prescrizione di confezionamenti a minor impatto di spesa per le categorie individuate dagli obiettivi regionali, farmaci biosimilari (tra cui insulina lispro, insulina, glargine, teriparatide) secondo indicazioni regionali;
- messa in atto di azioni mirate per il contenimento della spesa di iperprescrittori/iperconsumatori con la collaborazione della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative AIFA;
- monitoraggio finalizzato alla riduzione della spesa convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Raggiungimento degli standard regionali per le classi farmacologiche individuate a livello regionale.

-Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le sostanziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo Parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia le parziali riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.
-Obiettivo non raggiunto (< 60%): Valutazione circostanziata da reportistica periodica a cura della S.S. Farmacia Territoriale e della S.C. Farmacia Ospedaliera, in relazione ai target regionali assegnati che evidenzia il non raggiungimento delle riduzioni di spesa definite nel piano delle azioni.

5	10
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS FARMACIA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 della Dott.ssa Mellano "Sono state messe in atto tramite i Distretti azioni per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso la prescrizione di specialità e confezioni cost-saving, incontri con MMG iperprescrittori, azioni su iperconsumatori e attività di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata nelle strutture residenziali per anziani. Dal monitoraggio della spesa il trend della farmaceutica convenzionata risulta in aumento nel periodo gennaio -giugno 2022 rispetto al medesimo periodo del 2021, nel mese di luglio 2022 si registra invece un significativo decremento rispetto all'anno precedente."

VERIFICA ANNUALE: mail del 06/03/2023 della Dott.ssa Mellano: "Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4)

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 401 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 402 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 90%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 403 di 521

Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.

a) Analisi del sistema di rimborso del trasporto pazienti dializzati al fine di uniformare le procedure sui distretti e sui presidi ospedalieri nonché ottimizzare la logistica di destinazione alla prestazione del paziente stesso verso il presidio più vicino al comune di residenza.

b) Realizzazione di un servizio di dialisi peritoneale domiciliare, a favore di pazienti in particolare residenti nelle zone montane da realizzarsi presso le R.S.A. di ogni singolo distretto. Tale progetto è finalizzato ad offrire servizi in zone logisticamente distanti dagli Ospedali e diminuire i costi derivati dal rimborso delle spese di trasporto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.08.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.08.2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 30.9.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 30.09.2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Esistenza documento di Progetto con uniformità di trattamento entro il 31.10.2022; b) Esistenza documento di progetto entro il 31.10.2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancato avvio del Progetto; b) Mancato avvio del Progetto.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC NEFROLOGIA E DIALISI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 11/08/2022 della Dott.ssa Marengo: "a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche (vedi allegati). A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (vedi allegato "Tavolo Trasporti Dializzati") a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 404 di 521

e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre in programma un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica (vedi allegato). Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/07/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 7 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/07/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."

VERIFICA ANNUALE - mail del 23/02/2023 della Dott.ssa Marengo: a) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 405 di 521

A partire dal 30/05/2022 i trasporti dei pazienti sono tornati ad essere collettivi, secondo le modalità pre-pandemiche. A seguire (16/06/2022) è stato effettuato un incontro tra responsabile e coordinatori della SC Nefrologia e Dialisi e GEMAS per ottimizzare l'organizzazione dei trasporti collettivi ed è in corso una revisione della modulistica da condividere poi con l'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. b) Il 18/05/2022 effettuata una riunione (allegato "Tavolo Trasporti Dializzati" già inviato in occasione della verifica infrannuale) a cui hanno partecipato il responsabile della SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano utile all'implementazione della dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) che, in un futuro, potrebbe vedere coinvolto anche il personale infermieristico afferente ai distretti e/o il personale infermieristico delle RSA che verranno coinvolte nel progetto. A tal fine è stata implementata la collaborazione con la SC Chirurgia e la SC Urologia di Savigliano per il posizionamento/rimozione e gestione delle complicanze chirurgiche inerenti i cateteri peritoneali ed è in corso di revisione la modalità di presa in carico del paziente afferente all'ambulatorio pre-dialisi. E' inoltre stato effettuato un periodo di frequenza (per un medico ed un infermiere) del Centro Dialisi Peritoneale della U.O.C. Nefrologia AULSS 8 Berica con lo scopo di

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 406 di 521

Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.	Progetto per possibile integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile, con particolare attenzione alla Neuropsichiatria Infantile.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione del progetto entro il 31.08.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione del progetto entro il 30.09.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): attivazione del progetto entro il 31.10.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata attivazione del progetto. 	5	10	100,00	100,00			DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	<p>implementare le conoscenze di base, di gestione, nonché organizzative e logistiche della Dialisi Peritoneale, presso un Centro altamente qualificato come quello dell'AULSS 8 Berica. Tutto ciò ha sinora comportato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale)."</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 29/08/2022 del Dott. Fioretto: "Definito accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Vedasi lettera congiunta Fioretto e Ghigo prot. 107892 del 31/08/2022".</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Mail del 07/03/2023 - Si conferma quanto comunicato con lettera congiunta Fioretto/Ghigo del 31/8/22 in rapporto all'integrazione progettuale prevista. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--	---	--	---	----	--------	--------	--	--	--	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 407 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata dal Coordinatore di Macro-area; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, se non giustificato e/o concordato con il Coordinatore di Macro-area, entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che conferma a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 408 di 521

Scheda "Risorse/Attività"

Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".
L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 99 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.
-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 98.
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).
Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBT budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).
Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività (come deciso in sede di budget, viene considerato il dato complessivo dei quattro Distretti) del I sem. è 96,9, ma il trend temporale risulta positivo, se confermato nei prossimi mesi, potrebbe consentire un ulteriore sensibile miglioramento dell'indicatore.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE- Mail del 22/02/2023: "Come deciso in sede di budget, la valutazione dell'obiettivo viene effettuata considerando congiuntamente i quattro Distretti. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività dell'insieme dei Distretti è 96,6, "aggiustato" a 98, in seguito alla nettizzazzione dell'incremento tariffario, riconosciuto dalla Regione Piemonte in corso d'anno ed applicato retroattivamente da gennaio, non previsto in fase di assegnazione del budget.

Ulteriori considerazioni:-
l'incremento rispetto al 2021

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 409 di 521

osservato a carico dei ""Dispositivi medici"" ha riguardato quasi esclusivamente: 1) tamponi COVID utilizzati nelle strutture residenziali, 2) sensori e altro materiale per diabetici, 3) pannoloni e 4) protesi cocleari;- nel corso del 2022 si è osservata una costante, progressiva e consistente riduzione della spesa per anziani e disabili si propone alla Direzione di riconoscere il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Considerate tutte le motivazioni sopra esposte, si propone il pieno

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 410 di 521

Direttore: **RISSO FRANCESCO**

Struttura: **S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,00 % **Media 2:** 98,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 411 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

90,00	90,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 90%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 412 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 45%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 413 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 95 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 94.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.</p>	20	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).</p> <p>Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).</p> <p>Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività (come deciso in sede di budget, viene considerato il dato complessivo del DSM) del I sem. è 94,6, ma il trend temporale risulta positivo e, se confermato nei prossimi mesi, potrebbe consentire il pieno raggiungimento dell'obiettivo a fine anno.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività della S.C. è 97,8. Come deciso in sede di budget, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, viene però considerato il dato complessivo delle Psichiatrie Area Nord e Area Sud, che risulta 97,2"</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 414 di 521

Transitional Care.	<p>Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico con coinvolgimento dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile (DSM e DMI). Con riferimento alle:</p> <ul style="list-style-type: none"> -S.S. SPDC Mondovì; -S.S. Centro Diurno Comunità Protetta e Residenziale Leggera (GA) Ceva; -S.S. CSM Mondovì-Ceva; <p>Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico. Indicatore: relazione congiunta inserimento procedura.</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): partecipazione alla relazione congiunta.</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata partecipazione alla relazione congiunta.</p>	10	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 25/08/2022 del Dott. Riso: "L'obiettivo "Transitional Care" ha permesso una collaborazione ottimale tra DSM e DMI. Sono state compilate e trasmesse da parte del DMI tutte le schede dei pazienti minori al passaggio alla maggiore età con presa d'atto e vidimazione della stessa da parte del Medico Psichiatra e successiva presa in carico."</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 23/01/2023 il Dott. Riso comunica che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constatata una piena collaborazione con la S.C. Neuropsichiatria Infantile che ha compilato le schede relative al passaggio di età, con la presa in carico da parte dei Medici e del personale del Dipartimento di Salute Mentale.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--------------------	--	---	----	----	--------	--------	---	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 415 di 521

Direttore: **RISSO FRANCESCO (Direttore temp.)**

Struttura: **S.C. PSICHIATRIA AREA NORD**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,50 % **Media 2:** 99,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 416 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

95,00	95,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 95%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 417 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 50%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 418 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla scheda "Risorse Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi ai singoli obiettivi individuati nella scheda</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore complessivo scheda "Risorse Attività" \geq a 95 o, per valori inferiori, validazione da parte della Direzione Aziendale di una relazione giustificativa del Direttore di Struttura, oggettivamente e dettagliatamente motivata.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente e parzialmente raggiunto (>60% e <100%): indicatore complessivo scheda "risorse attività" compreso tra 60 e 94.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore complessivo scheda "Risorse attività" <60.</p>	20	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo sostanzialmente raggiunto (al netto della eventuale relazione giustificativa prevista dallo standard).</p> <p>Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione (rif. Relazione "OBTV budget 2022 Distretti e DIT, DSM, NPI Scheda "Risorse/Attività" del Responsabile macro-area TER, prot. 0105935/2022 del 28/08/22).</p> <p>Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività (come deciso in sede di budget, viene considerato il dato complessivo del DSM) del I sem. è 94,6, ma il trend temporale risulta positivo e, se confermato nei prossimi mesi, potrebbe consentire il pieno raggiungimento dell'obiettivo a fine anno.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività della S.C. è 95,9. Come deciso in sede di budget, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, viene però considerato il dato complessivo delle Psichiatrie Area Nord e Area Sud, che risulta 97,2."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 419 di 521

Transitional Care.	<p>Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico con coinvolgimento dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile (DSM e DMI).</p> <p>Con riferimento alle:</p> <ul style="list-style-type: none"> -S.S. SPDC Savigliano; -S.S. CSM Saluzzo; -S.S. CSM Savigliano/Fossano <p>Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico.</p> <p>Indicatore: relazione congiunta inserimento procedura</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): partecipazione alla relazione congiunta.</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata partecipazione alla relazione congiunta.</p>	10	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 25/08/2022 del Dott. Riso: "L'obiettivo "Transitional Care" ha permesso una collaborazione ottimale tra DSM e DMI. Sono state compilate e trasmesse da parte del DMI tutte le schede dei pazienti minori al passaggio alla maggiore età con presa d'atto e vidimazione della stessa da parte del Medico Psichiatra e successiva presa in carico."</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 23/01/2023 il Dott. Riso comunica che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constatata una piena collaborazione con la S.C. Neuropsichiatria Infantile che ha compilato le schede relative al passaggio di età, con la presa in carico da parte dei Medici e del personale del Dipartimento di Salute Mentale.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--------------------	--	---	----	----	--------	--------	---	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 420 di 521

Direttore: RIVERA FABRIZIO

Struttura: S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAVIGLIANO

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 421 di 521

Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.

CartoRisk è un metodo di lavoro articolato che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e che ha come scopo l'analisi dei principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie misurando quantitativamente e qualitativamente il rischio a priori, l'efficacia delle barriere utilizzate e l'entità del rischio residuo da gestire. L'applicazione del CartoRisk nell'analisi del percorso del paziente ortopedico, dalla visita alla dimissione post-intervento, evidenzia il rischio di evento avverso durante tutto il percorso di cura

FASI DEL PROGETTO

1. Elaborazione mappatura del percorso di cura del paziente ortopedico candidato ad intervento chirurgico. (Individuazione rischi da valutare, individuazione delle figure professionali coinvolte nel percorso e creazione di un gruppo multidisciplinare, Gennaio 2022)

2. Analisi percorso di cura del paziente all'interno della SC Ortopedia e misura qualitativa e quantitativa del rischio a priori, dell'efficacia delle barriere utilizzate e dell'entità del rischio residuo da gestire (Lavoro di gruppo multidisciplinare, incontro pomeridiano di analisi del rischio e delle barriere nel percorso e discussione, Febbraio 2022)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

Completamento di tutte le 5 fasi del progetto con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/11/2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 4 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/05/2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 3 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/03/2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

Mancato avvio del progetto.

30

20

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
CHIRURGICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaia "L'obiettivo è monitorato: risultano completate le fasi dalla 1 alla 4 del progetto: 1) elaborazione e mappatura del percorso; 2) analisi del percorso di cura e misura quali/quantitativa del rischio "a priori" ed efficacia delle barriere; 3) analisi dei risultati e azioni di miglioramento; 4) applicazione delle azioni di miglioramento."

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: Sono state completate le 5 fasi del progetto, e sono state rispettate le scadenze previste. Tutta la documentazione prodotta dal gruppo di lavoro è tracciabile (verbali di riunione, analisi dei dati, azioni di miglioramento, CHECK-LIST per la programmazione degli interventi sia in elezione che in urgenza differibile) e tutte le figure professionali previste dal progetto risultano fattivamente coinvolte.

In particolare risultano molto dettagliati ed interessanti: ANALISI DEL PERCORSO DELLA PERSONA ASSISTITA NEL BLOCCO OPERATORIO E RACCOMANDAZIONI PER LA SUA GESTIONE, CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE BARRIERE E ANALISI DEGLI STRUMENTI DI GESTIONE DEL PERCORSO, ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DEL RISCHIO NETTO, SCALE VALORIALI.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

3. Analisi dei risultati del CartoRisk, studio e proposta azioni di miglioramento (Riunione di reparto Marzo 2022 e confronto con le altre SC del Dipartimento Chirurgico che hanno applicato il Cartorisk ai propri percorsi di cura)

4. Applicazione delle azioni di miglioramento nel percorso (Riunione di Reparto e comunicazione ai Servizi coinvolti, Elaborazione ed applicazioni di Procedure Interne della SC, eventuali proposte di modifiche di percorso a livello Dipartimentale, Maggio 2022)

5. Analisi risultati delle eventuali modifiche e nuove barriere nel percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico in Ortopedia (Riunione di reparto, validazione o ulteriori modifiche delle procedure applicate, Novembre 2022).

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 423 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 424 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 425 di 521

Direttore: **ROSANO SILVIA (Direttore sostituito dal 01/07/2022) - BRAMARDI ANDREINA (fino al 30/06/2022)**

Struttura: **S.C. FARMACIA OSPEDALIERA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pes		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 426 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 427 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 428 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	30	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 429 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria > 1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo. Situazione al II trimestre 2022 che conferma a livello aziendale un andamento in forte crescita della Farmaceutica convenzionata, tale da richiedere correttivi nella dotazione di budget. Alcuni provvedimenti regionali già emanati (percorso dimissioni protette) ed emanandi (adeguamento rette RSA) potrebbero richiedere maggiori spese sugli anziani (riunione 8 agosto 2022 sul monitoraggio di questa tipologia di spesa con Bianco e Cometto, riclassificazione spese post DGR 23)."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 430 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 431 di 521

Direttore: **ROSSI ROBERTO (Direttore sostituto) dal 06/12/2022 - S.C. SANITA' ANIMALE (fino al 05/12/2022)**

Struttura: **S.C. SANITA' ANIMALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attivazione del comparto amministrativo veterinario integrato.	L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di almeno 3 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di almeno 2 sportelli integrati al 31.12.2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): presenza di almeno 1 sportello integrato al 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuno sportello integrato al 31.12.2022.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: La Struttura sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo secondo la tempistica prevista, con la condivisione del progetto e la partecipazione al gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche con il personale delle diverse sedi, sta definendo gli iter e le procedure da adottare. VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: La struttura/funzione ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter e le procedure da adottare. Sono	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 432 di 521

Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.

PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE:

a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2021 e programmazione 2022;
 b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2022.

PAISA:

c) Rendicontazione PAISA 2021 e programmazione PAISA 2022 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti. Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno dell'80% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) Rispetto (dopo sollecito) degli indirizzi e delle scadenze previste per

15 20

100,00 100,00

DIRETTORE
 DIP. DI
 PREVENZIONE/
 RESP. SSD
 DIR. AMM.VA
 DELLA
 PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).
 b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli obiettivi e delle azioni del PLP e sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2022 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: a) La struttura/funzione ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022).

b) La struttura/funzione ha partecipato ai lavori di gruppo ed agli incontri per la definizione degli

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 433 di 521

la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 (dopo sollecito) entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2022; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2022 e rendicontazione 2021;

b) Mancata attuazione di oltre il 40% delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2022;

c) Mancata rendicontazione del PAISA 2021 e predisposizione e stesura del PAISA 2022 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2022; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2022; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

obiettivi e delle azioni del PLP e ha contribuito, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP.

I dati di monitoraggio propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo

c) il PAISA 2021 è stato rendicontato nei termini previsti ed è stato trasmesso alla Regione Piemonte con nota prot. 25912/P del 24/2/22. La programmazione PAISA 2022 è stata condivisa dalle strutture di sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato, recependo le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione attraverso il PRISA 2022.

Il documento Paia 2022 è stato trasmesso alla Regione nei tempi previsti dal PRISA con nota prot. 53698/P del 29/4/22.

L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è stata attuata; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali specificatamente individuati. Le scadenze relative alla trasmissione documentale e la tempistica dei flussi informativi sono stati regolarmente rispettati.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 434 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 435 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 436 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 75%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 437 di 521

Integrazione servizi veterinari.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie; - Obiettivo non raggiunto (<60%): il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative delle Aree Veterinarie. 	15	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022: Il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2022.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: Sono continuate le attività integrate e vicarianti da parte del personale della Struttura, secondo la pianificazione programmata.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 438 di 521

Direttore: **SAGLIONE GIAN LUCA**

Struttura: **S.S. CONTROLLO DI GESTIONE, ATTIVITA' STRATEGICHE E FINANZIATE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 439 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 440 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
- la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 100%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)

Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.

Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.

30	60
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
SANITARIO

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 441 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Organizzazione del monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato 	30	30	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Il monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, è stato organizzato ed effettuato dal Controllo di Gestione in riunioni dipartimentali o con le singole strutture.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso dell'anno il Controllo di Gestione ha organizzato ed effettuato almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, in riunioni dipartimentali o con le singole strutture.</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	---	---	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 442 di 521

Direttore: **SALME' GIULIO (dal 01/09/2022) - S.C. Radiologia Savigliano**

Struttura: **S.C. RADIOLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 443 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 444 di 521

Direttore: SALVATICO MAURIZIO

Struttura: S.S. RISK MANAGEMENT

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 445 di 521

Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.

CartoRisk è un metodo di lavoro articolato che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e che ha come scopo l'analisi dei principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie misurando quantitativamente e qualitativamente il rischio a priori, l'efficacia delle barriere utilizzate e l'entità del rischio residuo da gestire. L'applicazione del CartoRisk nell'analisi del percorso del paziente ortopedico, dalla visita alla dimissione post-intervento, evidenzia il rischio di evento avverso durante tutto il percorso di cura

FASI DEL PROGETTO

1. Elaborazione mappatura del percorso di cura del paziente ortopedico candidato ad intervento chirurgico. (Individuazione rischi da valutare, individuazione delle figure professionali coinvolte nel percorso e creazione di un gruppo multidisciplinare, Gennaio 2022)

2. Analisi percorso di cura del paziente all'interno della SC Ortopedia e misura qualitativa e quantitativa del rischio a priori, dell'efficacia delle barriere utilizzate e dell'entità del rischio residuo da gestire (Lavoro di gruppo multidisciplinare, incontro pomeridiano di analisi del rischio e delle barriere nel percorso e discussione, Febbraio 2022)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

Completamento di tutte le 5 fasi del progetto con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/11/2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 4 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/05/2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 3 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/03/2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

Mancato avvio del progetto.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
CHIRURGICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaia: "Collaborazione attiva ai lavori delle SSCC partecipanti al progetto, con contributo alla individuazione delle criticità via via emerse e alla scelta delle misure

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: tutte le figure professionali previste dal progetto risultano fattivamente coinvolte. La SS Risk Management ha partecipato attivamente al progetto, fornendo costante supporto nello specifico ambito di competenza, e ben al di là di quanto possa meramente emergere dai verbali delle riunioni presenti agli atti.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

3. Analisi dei risultati del CartoRisk, studio e proposta azioni di miglioramento (Riunione di reparto Marzo 2022 e confronto con le altre SC del Dipartimento Chirurgico che hanno applicato il Cartorisk ai propri percorsi di cura)

4. Applicazione delle azioni di miglioramento nel percorso (Riunione di Reparto e comunicazione ai Servizi coinvolti, Elaborazione ed applicazioni di Procedure Interne della SC, eventuali proposte di modifiche di percorso a livello Dipartimentale, Maggio 2022)

5. Analisi risultati delle eventuali modifiche e nuove barriere nel percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico in Ortopedia (Riunione di reparto, validazione o ulteriori modifiche delle procedure applicate, Novembre 2022).

Il Direttore Generale, a rettifica del punto 5, in fase di negoziazione inserisce e sottoscrive la seguente postilla in calce: "Verifica applicazioni eventuali modifiche con partecipazione obbligatoria agli incontri di fine anno.

8/4/2022 Giuseppe Guerra"

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 447 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 448 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 449 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 85%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	50	70	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 450 di 521

Direttore: **SALVATICO MAURIZIO Temp.**

Struttura: **S.S.PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ASSISTENZA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 451 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 452 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 90%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	60	90	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 453 di 521

Direttore: **SBRIGLIA MARIA STELLA (Direttore sostituito dal 02/12/2022) - ARDIZZONE ALESSANDRA (Direttore)**

Struttura: **S.C. DIABETOLOGIA TERRITORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 454 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	25	30	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 455 di 521

Implementazione attività di
Telemedicina - Dipartimento Medico
Specialistico.

Avvio attività Televisita e
Telemonitoraggio per le
strutture afferenti al
Dipartimento:
- formazione del personale
per l'utilizzo degli strumenti
informatici;
- produzione visite in
modalità di Telemedicina.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): avvio del sistema di Televisita
entro il 30.06.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): avvio del
sistema di Televisita entro il
31.08.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): avvio del sistema di
Televisita entro il 31.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancato avvio del sistema di
Televisita.

20	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail
del 05/08/2022 della Dott.ssa
Bongioanni "PROT. N. 8672199 del
16/05/2022: verbale riunione del
22/04/2022 Dipartimento
Specialistico.
Mail del 13/06/2022 della Dott.ssa
Ardizzone con la quale comunica
che per la S.C. Diabetologia
l'attività di televisita è stata avviata
(limitatamente presso la sede di
Saluzzo) a partire dal 28/01/2022
(3 televisite/settimana). Con mail
del 03/08/2022 la Dott.ssa
Ardizzone comunica che al
31/07/2022 sono state eseguite
n.40 visite (pazienti affetti da
diabete gestazionale e pazienti
affetti da diabete mellito in
trattamento con microinfusori o
sensori glicemici) . E' stata
effettuata formazione mediante
affiancamento di medici ed
infermieri finora non direttamente
coinvolti nell'espletamento di tale
attività in previsione di estenderla
anche presso altre sedi".

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

VERIFICA ANNUALE: Con prot.
21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa
Bongioanni comunica che con prot.
134028 del 25/10/2022 è stato
trasmesso il verbale n. 3 del
Dipartimento Medico Specialistico
in cui si evidenzia che tutte le
Strutture afferenti al Dipartimento
sono riuscite ad avviare l'attività di
Televisita entro il termine previsto
del 30/06/2022.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 456 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	10	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Sostituzione glucometri.	Sostituzione glucometri secondo quanto definito dalla gara regionale 86/2019 per la fornitura di sistemi per l'automonitoraggio della glicemia/chetonemia. Il raggiungimento dell'obiettivo può essere monitorato mediante il sistema informativo RRD relativo ai PAG (Piani di Automonitoraggio Glicemico).	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): strumenti sostituiti > 70%; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): strumenti sostituiti > 60% < o uguale 70%; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): strumenti sostituiti > 50% < o uguale 60%; - Obiettivo non raggiunto (<60%): strumenti sostituiti < o uguale 50%. 	20	20	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 05/08/2022 la Dott.ssa Bongioanni informa che con mail del 03/08/2022 la dott.ssa Ardizzone ha comunicato che i piani di automonitoraggio glicemico (PAG) attivi in carico all'ASLCN1 risultano, secondo quanto presente in RRD, in numero di 4890; mediante l'applicativo di RRD PADDI gli strumenti non ancora sostituiti risultano essere n. 24; tali pazienti sono stati contattati per la sostituzione degli strumenti con quelli individuati dalla suddetta gara.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica che con e-mail del 04/02/2023 la Dott.ssa Sbriglia conferma che i PAG attivi in carico all'ASL CN1 sono 8165 e che, su applicativo PADDI del RRD, è avvenuta la sostituzione completa dei glucometri</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 457 di 521

Direttore: **SCLAVO RENATO**

Struttura: **S.S.D. PROTESICA ED INTEGRATIVA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Appropriatezza prescrizioni protesica.	Valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni per la protesica: produzione di reportistica trimestrale per evidenziazione valutazione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Produzione tempestiva di reportistica trimestrale che evidenzi il controllo effettuato; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Produzione di reportistica trimestrale che evidenzi il controllo effettuato; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%): Produzione (dopo sollecito) di reportistica trimestrale che evidenzi il controllo effettuato; - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata produzione di reportistica trimestrale.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD PROTESICA ED INTEGRATIVA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 04/04/2022 il Dott. Sclavo trasmette il report relativo al I trimestre. Con mail del 01/07/2022 il Dott. Sclavo trasmette il report relativo al II trimestre. VERIFICA INFRANNUALE: trasmissione report trimestrali del 04/04/2022 e del 01/07/2022. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 03/10/2022 il Dott. Sclavo trasmette il report periodo gennaio-settembre 2022. Con Mail del 13/01/2023 il Dott. Pagani ha trasmesso il report anno 2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 458 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 459 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Manutenzione esternalizzata ausili protesica.	Valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Produzione tempestiva di reportistica trimestrale che evidenzia il controllo effettuato; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Produzione di reportistica trimestrale che evidenzia il controllo effettuato; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60 fino a 95%): Produzione (dopo sollecito) di reportistica trimestrale che evidenzia il controllo effettuato; - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata produzione di reportistica trimestrale. 	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD PROTESICA ED INTEGRATIVA	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 04/04/2022 il Dott. Scavo trasmette il report relativo al I trimestre. Con mail del 01/07/2022 il Dott. Scavo trasmette il report relativo al II trimestre.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 122122 del 03/10/2022 il Dott. Scavo trasmette il report relativo al III° trimestre. Con nota prot. 163781 del 30/12/2022 il Dott. Scavo trasmette il report relativo al IV° trimestre.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 460 di 521

Direttore: **SICILIANO GIOVANNI**

Struttura: **S.C. LUNGODEGENZA FOSSANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 461 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 462 di 521

Direttore: **SICILIANO GIOVANNI (Direttore temp.)**

Struttura: **S.C. DIREZIONE SANITARIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,70 % **Media 2:** 99,70 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un' informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%) Redazione di una relazione entro il 31.12.2022 - Obiettivo non raggiunto (<60%) Mancata redazione entro il 31.12.2022.	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE	VERIFICA INFRANNUALE: un documento di analisi è stato predisposto dalla S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance e verrà presentato alle Strutture coinvolte nei primi giorni del mese di ottobre p.v. VERIFICA ANNUALE: nota prot. 154893 del 12/12/2022 a firma congiunta (Dott.ssa Carena - Dott.ssa Basso - Dott. Fiorelli - Dott. Siciliano e Dott.ssa Rosano) di relazione sull'obiettivo che evidenzia il suo pieno raggiungimento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 463 di 521

Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.

CartoRisk è un metodo di lavoro articolato che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e che ha come scopo l'analisi dei principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie misurando quantitativamente e qualitativamente il rischio a priori, l'efficacia delle barriere utilizzate e l'entità del rischio residuo da gestire. L'applicazione del CartoRisk nell'analisi del percorso del paziente ortopedico, dalla visita alla dimissione post-intervento, evidenzia il rischio di evento avverso durante tutto il percorso di cura

FASI DEL PROGETTO

1. Elaborazione mappatura del percorso di cura del paziente ortopedico candidato ad intervento chirurgico. (Individuazione rischi da valutare, individuazione delle figure professionali coinvolte nel percorso e creazione di un gruppo multidisciplinare, Gennaio 2022)

2. Analisi percorso di cura del paziente all'interno della SC Ortopedia e misura qualitativa e quantitativa del rischio a priori, dell'efficacia delle barriere utilizzate e dell'entità del rischio residuo da gestire (Lavoro di gruppo multidisciplinare, incontro pomeridiano di analisi del rischio e delle barriere nel percorso e discussione, Febbraio 2022)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

Completamento di tutte le 5 fasi del progetto con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 30/11/2022.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 4 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/05/2022.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%):

Completamento delle fasi del progetto dalla 1 alla 3 con stesura del verbale Riunione di Reparto entro il 31/03/2022.

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

Mancato avvio del progetto.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
CHIRURGICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 30/08/2022 del Dott. Pazziaia: "Collaborazione attiva ai lavori delle SSCC partecipanti al progetto, con contributo alla individuazione delle criticità via via emerse e alla scelta delle misure

VERIFICA ANNUALE - Mail del Direttore Dipartimento Chirurgico del 20/02/2023: la Direzione Sanitaria risulta costantemente coinvolta, e ha sempre fornito un prezioso supporto nello specifico ambito di competenza, e ben al di là di quanto possa meramente emergere dai verbali delle riunioni presenti agli atti. ..

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

3. Analisi dei risultati del CartoRisk, studio e proposta azioni di miglioramento (Riunione di reparto Marzo 2022 e confronto con le altre SC del Dipartimento Chirurgico che hanno applicato il Cartorisk ai propri percorsi di cura)

4. Applicazione delle azioni di miglioramento nel percorso (Riunione di Reparto e comunicazione ai Servizi coinvolti, Elaborazione ed applicazioni di Procedure Interne della SC, eventuali proposte di modifiche di percorso a livello Dipartimentale, Maggio 2022)

5. Analisi risultati delle eventuali modifiche e nuove barriere nel percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico in Ortopedia (Riunione di reparto, validazione o ulteriori modifiche delle procedure applicate, Novembre 2022).

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 465 di 521

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 466 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

97,00	97,00
-------	-------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 97%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 467 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 60%. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	55	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 468 di 521

POOL amministrativi di Dipartimento.	Progettazione per attivazione POOL amministrativi di Dipartimento per i Presidi Ospedalieri Area Nord. Stesura del progetto e definizione del cronoprogramma per l'attivazione del POOL.	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 30/09/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 30/11/2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 31/12/2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura progetto e definizione di cronoprogramma entro il 31/12/2022. 	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: protocollo 106698 del 29/08/2022 inviato dall'Avv. Poggio: "Il progetto è stato impostato sullo schema fornito dall'ufficio qualità (MODSQ045Change management) testato sul campo per la prima volta. Ad oggi sono stati effettuati 5 incontri con la S.C. Direzione Sanitaria di Savigliano e l'Ufficio Qualità, nonché acquisita documentazione dal DIPSA relativamente alla ricognizione delle funzioni amministrative svolte nei reparti degli ospedali dell'area nord. In data 22/07 la bozza di progetto è stata presentata e condivisa con i Direttori di Dipartimento. Si è in attesa di ricevere tutti i riscontri richiesti. L'ultima bozza è stata inviata all'Ufficio Qualità per la validazione. Si ritiene, quindi, di poter concludere la stesura del progetto e la definizione del cronoprogramma entro il 30/09/2022."</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Con nota del 03/02/2023 prot. 15602 l'Avv. Poggio riferisce che la stesura del progetto e la definizione del cronoprogramma, in collaborazione con la SC Direzione Sanitaria di Savigliano, sono stati completati entro il 30/09/2022 con acquisizione del prot 121400 del 29/09/2022 e trasmesso in sede di verifica infrannuale con prot 122826 del 3/10/2022</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI PREVISTI</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------------------	--	--	----	----	--------	--------	-------------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 469 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	5	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	---	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 470 di 521

Direttore: **SICILIANO GIOVANNI Temp.**

Struttura: **S.S.D. MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 471 di 521

Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici.

Sub 1) ATC L04AB - Inibitori del TNFalfa:

a) % (sul totale) di pazienti naive avviati al trattamento con inibitore del TNFalfa con la molecola e formulazione aggiudicata in gara regionale a minor costo sul totale dei pazienti avviati ad inibitore del TNFalfa, secondo indicazioni regionali;
b) % (sul totale) dei pazienti già in terapia con inibitore del TNFalfa shiftati su formulazione aggiudicata in gara regionale a minor costo, secondo indicazioni regionali.

In tutti i casi di non sostituibilità il prescrittore sarà comunque tenuto alla predisposizione di una breve ma esaustiva relazione clinica.

Sub 2) ATC L04AA -

Immunosoppressivi ad azione diretta

ATC L04AB - Inibitori del TNFalfa

ATC L04AC - Inibitori dell'interleuchina:

a) % (sul totale) di pazienti naive avviati al trattamento con farmaci biotecnologici diversi da prodotto aggiudicato in gara regionale a minor costo, per i quali è stata redatta breve ma esaustiva relazione di non sostituibilità da parte del medico prescrittore.

b) % (sul totale) di pazienti già in trattamento con farmaco biotecnologico "switchati/swappati" ad altro farmaco biotecnologico da

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):

Sub 1): a) % pazienti = 100%; b) % pazienti ≥ 95%;

Sub 2) a) % pazienti = 100%; b) % pazienti = 100%;

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

Sub 1): a) % pazienti ≥ 98%; b) % pazienti ≥ 90%;

Sub 2): a) % pazienti ≥ 98%; b) % pazienti ≥ 98%;

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60 fino a 95%):

Sub 1): a) % pazienti ≥ 90%; b) % pazienti ≥ 85%;

Sub 2): a) % pazienti ≥ 90%; b) % pazienti ≥ 90%;

- Obiettivo non raggiunto (<60%):

Sub 1): a) % pazienti <90%; b) % pazienti < 85%;

Sub 2): a) % pazienti < 90%; b) % pazienti < 90%.

10

20

100,00

100,00

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106995 del 30/08/2022: sub 1) a: percentuale raggiungimento obiettivo 100%; sub1) b: percentuale raggiungimento obiettivo 100%. Sub 2) a: percentuale raggiungimento obiettivo 67%; sub2) b: percentuale raggiungimento obiettivo 100%.

VERIFICA ANNUALE - Nota prot. 27452 del 28/02/20203: sub 1) a: percentuale raggiungimento obiettivo 100% - pienamente raggiunto
b: percentuale raggiungimento obiettivo 100% - pienamente raggiunto
sub 2)
a: percentuale raggiungimento obiettivo 98% - sostanzialmente raggiunto
b: percentuale raggiungimento obiettivo 100% - pienamente raggiunto

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 472 di 521

prodotto aggiudicato in gara a minor costo per i quali è stata redatta breve ma esaustiva relazione clinica. *a cui venga prescritto altro farmaco biotecnologico con medesimo meccanismo d'azione (switch) o differente meccanismo d'azione (swap), ma comunque diverso dal prodotto aggiudicato.

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE
(sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 473 di 521

Confronto su appropriatezza prescrittiva e discussione casi clinici specialità [OLD diabetologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia, reumatologia, [OLD otorinolaringoiatria (protesi acustiche)]. []MODIFICHE autorizzate dal Dott. GRILLO il 17/06/22	Convocazione con cadenza trimestrale di audit di reparto/distretto: - entro il 30/06/2022; - entro il 30/09/2022; - entro il 31/12/2022.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): verbalizzazione di 3 audit reparto/anno entro il 31/12/2022; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): verbalizzazione di 2 audit reparto/anno entro il 31/12/2022; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): verbalizzazione di 1 audit reparto/anno entro il 31/12/2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun audit.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106995 del 30/08/2022: effettuato un audit con i colleghi prescrittori. VERIFICA ANNUALE - Nota prot. 27452 del 28/02/20203: effettuati 3 audit con i colleghi prescrittori entro il 31/12/2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
---	---	---	----	----	--------	--------	---	---	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 474 di 521

Digitalizzazione del flusso
documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 475 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 90%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	35	20	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 476 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 477 di 521

Direttore: **SILIMBRI LUIGI**

Struttura: **S.C. EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 (SOVRAZIONALE)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 478 di 521

Corretta compilazione registri stupefacenti.

Corretta compilazione del registro stupefacenti per delle postazioni di Soccorso. Verifica reportistica.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Assenza di errori su report ASLTO 3.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Reportistica non adeguata.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "A partire da gennaio 2022 si sono susseguite varie comunicazioni del Direttore e del Coordinatore infermieristico della Struttura indirizzate a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. ed ai Responsabili Medici di postazione con la preghiera di diffusione delle stesse. Le mail/ note inviate in data 14 gennaio 2022 - 04 marzo 2022 - 5 aprile 2022 - 14 aprile 2022 - 16 aprile 2022 - 16 maggio 2022 avevano ad oggetto l'invio della revisione aggiornata della procedura Approvvigionamento Farmaci Stupefacenti DIEST 118, i verbali delle ispezioni effettuate dai farmacisti nelle varie Sedi, le indicazioni per la corretta compilazione dei registri di reso. Il Dr Silimbri ha inoltre verificato personalmente su alcune postazioni che fossero state recepite le indicazioni dei farmacisti dell'ASL TO 3, nello specifico; sul registro stupefacenti della postazione C01 Levaldigi la cancellatura a cui si riferisce il verbale risale al 18 novembre 2021; sul registro stupefacenti della postazione C 22 Dronero è stata creata la pagina a parte per la Morfina Cloridrata Monico che risulta anche, attualmente, essere l'unico tipo di morfina in uso ed in giacenza. Infine in data 14 luglio 2022 il Dr Silimbri ha inviato una mail indirizzata a tutti i medici afferenti alla S.C. EST 118 con ulteriori indicazioni per la corretta tenuta dei registri ed alcuni consigli per gli approvvigionamenti. (Tutte le mail citate e le note del Dr Silimbri sono agli atti della

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 479 di 521

Struttura)."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che a partire da gennaio 2022 si sono susseguite varie comunicazioni da parte del Direttore e del Coordinatore Infermieristico della Struttura indirizzate a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili di postazione medici con la preghiera di diffusione delle stesse: 14/01/2022 inviata mail oggetto: Stupefacenti postazioni di Soccorso Avanzato afferenti alla C.O. di Cuneo con allegati una comunicazione del Direttore e le modalità di approvvigionamento di farmaci stupefacenti per le S.C. afferenti al D.I.E.S.T. 118 Regione Piemonte; 04/03/2022 mail indirizzata a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili di postazione medici, con la preghiera di diffusione della stessa, con oggetto: Procedura stupefacenti DIEST 118; 05/04/2022 mail indirizzata a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili di postazione medici con la preghiera di diffusione della stessa ad oggetto: Verbali ispezioni; 14/04/2022 mail indirizzata a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili di postazione medici con la preghiera di diffusione della stessa a oggetto: Verbali ispezioni 118; 16/04/2022 mail indirizzata a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili di postazione medici con la preghiera di diffusione della stessa a oggetto: Compilazione registro resi; 16/05/2022 mail indirizzata a tutti gli infermieri afferenti alla S.C. e ai Responsabili

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 480 di 521

di postazione medici con la preghiera di diffusione della stessa a oggetto: Verbalì ispezioni farmaci stupefacenti postazioni 118. Il Dott. Silimbri ha inoltre verificato personalmente su alcune postazioni che fossero state recepite le indicazioni dei farmacisti dell'ASL TO 3, nello specifico; sul registro stupefacenti della postazione C01 Levaldigi la cancellatura a cui si riferisce (il verbale risale al 18/11/2021); sul registro stupefacenti della postazione C22 Dronero è stata creata la pagina a parte per la Morfina Cloridrata Monico che risulta anche, attualmente, essere l'unico tipo di morfina in uso ed in giacenza. In data 14/07/2022 il Dott. Silimbri ha inviato una mail a tutti i medici afferenti alla S.C. EST 118 con alcune indicazioni per la corretta tenuta dei registri ed alcuni consigli per gli approvvigionamenti. A partire dal 02/01/2023 si sono incaricati i Responsabili di postazione medici e i referenti infermieristici di compilare i verbali di autoispezione-farmaci stupefacenti e psicotropi della S.C. Farmacia Ospedaliera ASL TO 3 per ogni singola postazione. Dall'esame di quest'ultimi si evince che i registri di carico e scarico sono compilati con mezzo indelebile, in modo ordinato, non riportano abrasioni o cancellature nuove rispetto a quelle già esistenti e che le poche presenti nel periodo in esame sono state effettuate seguendo le indicazioni della procedura in essere trasmessa in data 14/07/2022. I verbali di autoispezione sono agli atti della Struttura. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 482 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022
- Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 483 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 90%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 484 di 521

Invio delle ASA su codici verdi finalizzato alla domiciliazione del paziente.

Invio delle ASA attualmente presenti sul territorio della Provincia di Cuneo su Codici di gravità Verdi finalizzata alla domiciliazione del paziente

- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): N° di missioni assegnate ASA con Codice verde/N° di pazienti lasciati a domicilio (> =40%)
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): N° di missioni assegnate ASA con Codice verde/N° di pazienti lasciati a domicilio (> =35%)
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): N° di missioni assegnate ASA con Codice verde/N° di pazienti lasciati a domicilio (> = 25%)
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): N° di missioni assegnate ASA con Codice verde/N° di pazienti lasciati a domicilio (>10 % < 20%)

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
EMERGENZA
SANITARIA
TERRITORIALE
118

VERIFICA INFRANNUALE - Mail Dott. Silimbri del 26/08/2022: dal 01 gennaio al 30 giugno 2022 le quattro ASA (Automediche) che sono sul territorio provinciale sono state inviate, escluso le missione con codici verdi effettuate nella sede del mezzo di soccorso, 76 volte con codice d'invio verde. In 34 casi (44,74%) il paziente è stato trasportato in ospedale, in 1 caso l'intervento è stato annullato dalla Centrale Operativa 118 e 41 pazienti (53,95%) non sono stati trasportati. Risultato ottenuto nei primi sei mesi del 2022, già buono e potrà essere almeno consolidato nel secondo semestre dell'anno.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 riporta l'analisi trasmessa al Dipartimento dal Dott. Silimbri con mail del 09/02/2023. Dal 01 gennaio al 30 giugno 2022 le quattro ASA (Automediche) che sono sul territorio provinciale sono state inviate, escluso per le missioni con codici verdi effettuate nella sede del mezzo di soccorso, 76 volte con codice d'invio verde. In 34 casi (44,74%) il paziente è stato trasportato in ospedale, in 1 caso l'intervento è stato annullato dalla Centrale Operativa 118 e 41 pazienti (53,95%) non sono stati trasportati. Penso che il risultato ottenuto nei primi sei mesi del 2022, già buono, possa essere almeno consolidato nel secondo semestre dell'anno. Dal 01/07/2022 al 31/12/2022 le quattro ASA (Automediche) che sono sul territorio provinciale sono state inviate, escluso le missione con codici verdi effettuate nella

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 485 di 521

sede del mezzo di soccorso, 440 volte con codice di invio verde. In 273 casi (62,04%) il paziente è stato trasportato in ospedale, in 1 caso l'intervento è stato annullato dalla Centrale Operativa 118 e 172 pazienti (39,09%) non sono stati trasportati. Durante tutto il periodo preso in esame (dal 01/01/2022 al 31/12/2022) le quattro ASA (Automediche) che sono sul territorio provinciale sono state inviate, escluso le missioni con codici verdi effettuate nella sede del mezzo di soccorso, 520 volte con codice d'invio verde. In 306 casi (58,83 %) il paziente è stato trasportato in ospedale, in 1 caso l'intervento è stato annullato dalla Centrale Operativa 118 e 213 pazienti (40,96%) non sono stati trasportati. Il risultato ottenuto nel secondo semestre del 2022, scevro da variabili, ha consolidato quanto ottenuto nel primo semestre dell'anno 2022. L'obiettivo può pertanto considerarsi pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 486 di 521

Direttore: **TAVERA SILVIA**

Struttura: **S.S. MEDICINA TRASFUSIONALE ASL CN1**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 487 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 488 di 521

Direttore: **TESIO SANDRA**

Struttura: **S.S.D. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 489 di 521

Attivazione del comparto
amministrativo veterinario integrato.

L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata.

Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): presenza di almeno 3 sportelli integrati al 31.12.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): presenza di almeno 2 sportelli integrati al 31.12.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino a 95%): presenza di almeno 1 sportello integrato al 31.12.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuno sportello integrato al 31.12.2022.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 106033 del 26/08/2022:
L'obiettivo si sta realizzando secondo la tempistica prevista. Il personale neo assunto è stato da subito inserito a livello trasversale sulla Sicurezza Alimentare ed incardinato nella SSD Direzione Amministrativa
E' stato coinvolto anche il Sian, non previsto nel progetto iniziale in virtù dell'appartenza all'ambito Sicurezza Alimentare. A seguito di presentazione e condivisione del progetto in sede di Comitato di Dipartimento, è stato istituito un gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche, sta lavorando con il personale delle diverse sedi per la definizione degli iter e procedure da seguire.
Documentazione agli atti della SSD Direzione Amministrativa:
- cronoprogramma
- verbali delle riunioni
- slide di presentazione del progetto
- prima bozza di manuale con descrizione di procedure.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - NOTA PROT. 23497 del 21/02/2023: La struttura/funzione ha coordinato la realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Si è mantenuto il coinvolgimento del Sian per dare piena applicazione ai percorsi integrati di Sicurezza Alimentare. Il progetto, condiviso in sede di Comitato di Dipartimento, è stato realizzato da un gruppo di lavoro dipartimentale che, attraverso riunioni periodiche, ha lavorato con il personale delle diverse sedi per la definizione degli iter e procedure da seguire. Nel corso del 2022 sono stati attivati i

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 490 di 521

tre Sportelli integrati previsti (sedi di Fossano, Mondovì, Savigliano) ed è stato redatto un manuale con le procedure.
Agli atti della SSD Direzione Amministrativa:
- cronoprogramma
- verbali delle riunioni
- slide di presentazione del progetto
- manuale con le procedure da seguire negli sportelli.

Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.

Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 491 di 521

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.

Corretto utilizzo del sistema di gestione documentale DocsPA (o altro SW eventualmente implementato) mediante acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. I documenti in partenza ed interni devono essere:

- elaborati in formato Pdf/A
- firmati digitalmente:
- 1. esternamente tramite l'applicazione Dike oppure
- 2. tramite l'applicazione del Protocollo Informatico attualmente in uso
- Acquisiti
- Protocollati
- Fascicolati
- Trasmessi

I documenti in arrivo devono essere:

- Acquisiti
- Classificati
- Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 50% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 25% entro il 31 dicembre 2022

-Obiettivo non raggiunto (< 60%): mancato avvio del processo entro il 30 giugno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: mail del 01/08/2022 del Dott. Balocco che riferisce che in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster. L'operazione è stata complessa e, almeno inizialmente, vi sono stati alcuni problemi di natura tecnica che hanno reso difficile il lavoro dei Servizi. Superata questa prima fase critica, attualmente si sta lavorando per rendere l'applicativo confacente alle esigenze aziendali. Naturalmente diverse attività sono ancora in itinere, tuttavia se si considera l'impatto "deflagrante" che la sostituzione del SW ha generato in Azienda e tenuto conto che sono state formate oltre 600 persone, si può affermare senza remore di aver avuto la piena e proficua collaborazione, nonché la comprensione, da parte di tutti. Tutto ciò premesso, lo scrivente attesta che tutti i Servizi coinvolti nel progetto - ai quali è stato assegnato l'obiettivo dell'avvio del processo entro il 30 giugno 2022 con acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti - hanno rispettato le indicazioni fornite, utilizzando inizialmente DocsPa e, successivamente, GisMaster.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

VERIFICA ANNUALE - Con Mail del 30/01/2023 il Dott. Balocco riferisce che l'obiettivo si articolava in due parti:

- la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 492 di 521

contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato
 - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale ottenuta dal Servizio è stata del 85%. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 493 di 521

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.

a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
B) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.
C) Effettuazione di riunione mensili/bimestrali anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) 100% rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio assegnata; b) Osservanza delle indicazioni fornite; c) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria entro lo 0,5% (estremo escluso); b) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; c) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria compreso tra lo 0,5% e il 1% (estremi esclusi); b) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; c) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Scostamento dalla dotazione di budget Conto/Servizio assegnata, non giustificato e/o concordato con la Ragioneria >1%; b) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; c) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: trasmessa dal Dott. Aimar in data 11/08/2022 "Mail del 06/05/2022 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo. Mail del 09/06/2022 del Dott. Aimar che conferma il regolare svolgimento delle riunioni ed evidenza che la dotazione iniziale come da nuove indicazioni della Direzione apicale potrà necessitare di adeguamenti, non essendo i correttivi sin qui apportati apportabili sufficienti a dare copertura alle spese che sosteniamo."

VERIFICA ANNUALE - con mail del 09/03/2023 il Dott. Aimar comunica che la piena ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 494 di 521

Direttore: **TORTORE ANDREA**

Struttura: **S.C. MEDICINA D'URGENZA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,70 % **Media 2:** 99,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 495 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	45	60	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 496 di 521

Gestione iniziale in DEA del paziente con dolore toracico e del paziente con cefalea. MONDOVI'.	a) Gestione iniziale del paziente con dolore toracico in DEA/ esecuzione dell'ECG entro 10 minuti dall'accettazione nei pazienti che si presentano in DEA per dolore toracico insorto da meno di 36 ore b) Gestione del paziente con cefalea in DEA/% di pazienti che si presentano in DEA per cefalea che vengono sottoposti a visita neurologica urgente.	Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): a) > 80% dei pazienti b) riduzione del 30% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) 70-80% dei pazienti b) riduzione tra il 20 e 30% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) 60-70% dei pazienti b) riduzione tra il 10 e 20% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea Obiettivo non raggiunto (<60%): a) <60% dei pazienti b) riduzione minore del 10% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea.	15	20	98,00	98,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "L'esecuzione immediata dell'ecg al triage è prassi consolidata. Per l'indicatore b è stata trasmessa dal Dr. Tortore una nota a tutti i dirigenti medici della S.C. con uno schema dettagliato riportante le indicazioni da attuare in caso di paziente con cefalea non traumatica (schema agli atti della SC e del Dipartimento) al fine di evitare visite neurologiche urgenti non appropriate." VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che per l'esecuzione dell'ECG al triage nel dolore toracico entro 10 minuti dall'arrivo il Direttore Dott. Tortore conferma che è prassi consolidata e avviene nella totalità dei casi. Le visite neurologiche totali del 2022 sono state 1298 (media 3,56/die) e le diagnosi di cefalea alla dimissione dal DEA sono state 298. La	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.	10	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione. VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023:"Obiettivo pienamente raggiunto.Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 497 di 521

Direttore: **TURANO GABRIELLA (Direttore sostituito dal 29/09/2022) - DI SAPIO ALESSIA (fino al 03/07/2022)**

Struttura: **S.C. NEUROLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 498 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 499 di 521

Implementazione attività di
Telemedicina - Dipartimento Medico
Specialistico.

Avvio attività Televisita e
Telemonitoraggio per le
strutture afferenti al
Dipartimento:
- formazione del personale
per l'utilizzo degli strumenti
informatici;
- produzione visite in
modalità di Telemedicina.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): avvio del sistema di Televisita
entro il 30.06.2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): avvio del
sistema di Televisita entro il
31.08.2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): avvio del sistema di
Televisita entro il 31.10.2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancato avvio del sistema di
Televisita.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: mail
del 05/08/2022 della Dott.ssa
Bongioanni "PROT. N. 8672199 del
16/05/2022: verbale riunione del
22/04/2022 Dipartimento
Specialistico.
Mail del 10/06/2022 della Dott.ssa
Di Sapio con la quale comunica
l'inizio del corso FENIX fissato per
il 16/06/2022. Con mail del
27/07/2022 il Dott. Marotta
(direttore sostituto S.C. neurologia
Mondovì) comunica che l'attività di
formazione del programma fenix è
stata completata da tutto il
personale e il 30/06/2022 è stata
effettuata la prima televisita".

VERIFICA ANNUALE: Con prot.
21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa
Bongioanni comunica che con prot.
134028 del 25/10/2022 è stato
trasmesso il verbale n. 3 del
Dipartimento Medico Specialistico
in cui si evidenzia che tutte le
Strutture afferenti al Dipartimento
sono riuscite ad avviare l'attività di
Televisita entro il termine previsto
del 30/06/2022.

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 500 di 521

La terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico.	Collaborazione tra cardiologi e neurologi e inizio della terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico effettuata presso l'UTIC dell'Ospedale di Mondovì.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): inizio collaborazione e terapia trombolitica entro il 31.12.2022; - Obiettivo non raggiunto (<60%): collaborazione e terapia trombolitica non avviata.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Mail del 05/08/2022 con la quale la Dott.ssa Bongioanni comunica che il protocollo di definizione del percorso per trombolisi (in collaborazione con DEA, S.C. Cardiologia-UTIC, S.C. Radiologia, S.C. Terapia Intensiva e Rianimazione) è pronto in attesa di approvazione definitiva e pubblicazione. VERIFICA ANNUALE: Con prot. 21162 del 15/02/2023 la Dott.ssa Bongioanni comunica la pubblicazione Procedura Specifica: PSNEUMV001 di Ottobre 2022 in vigore dal 24 Ottobre 2022. In data 30/10/22 è stata effettuata trombolisi ev in paziente ricoverato per osservazione in UTIC secondo protocollo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione. VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 501 di 521

Direttore: **VENTURINO MANLIO (Direttore Sostituito dal 17/06/2022) - S.C. Radiologia Mondovì**

Struttura: **S.C. RADIOLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 502 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 503 di 521

Direttore: **VIVALDO ADALBERTO**

Struttura: **S.S.D. CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 504 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	25	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 505 di 521

Progetto ambulatorio ecodoppler vascolare.

Accesso diretto con contatto telefonico durante l'orario di ambulatorio da parte del Medico di Assistenza Primaria (max 3 pazienti per seduta ambulatoriale). Compilazione della DEM e prenotazione immediata del controllo con comunicazione della data in cui verrà effettuato l'esame.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): attivazione progetto entro il 01/07/2022;
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): attivazione progetto entro il 01/08/2022;
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Attivazione progetto entro il 01/09/2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%): nessuna attivazione.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SSD
CONTINUITA'
ASS.LE A
VALENZA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 30/08/2022 del Dott. Vivaldo: Il progetto è stato attivato ed è operativo da circa due mesi. Riscontro di soddisfazione da parte dei Medici di Assistenza primaria ed ovviamente dei pazienti. Particolarmente gradito il percorso di controllo strumentale e di follow up organizzato a cura dell'Ambulatorio stesso. Sono a disposizione i dati cartacei degli accertamenti eseguiti.

VERIFICA ANNUALE - Mail del 03/02/2023 del Dott. Vivaldo: Prosecuzione del progetto attivato, soddisfazione da parte dell'utenza sia per la tempistica del primo esame che per il follow up programmato a cura dello stesso ambulatorio. In occasione del controllo viene anche verificata la terapia in atto per evidenziare eventuali modifiche posologiche o intolleranze. A disposizione dati cartacei degli strumentali eseguiti.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 506 di 521

Progetto Valutazione
Multidimensionale (VMD) ambulatorio
Geriatrica.

Progetto dedicato alla
Valutazione
Multidimensionale (V.M.D.)
con accesso tramite
compilazione da parte del
medico curante della DEM.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): attivazione progetto entro il
31/12/2022;
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
nessuna attivazione.

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SSD
CONTINUITA'
ASS.LE A
VALENZA
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE - Mail
del 30/08/2022 del Dott. Vivaldo: E
stato programmato un percorso di
affiancamento da parte della
Dr.ssa Riccio presso ambulatorio di
Geriatrica per il mese di Ottobre con
cadenza bisettimanale,
compatibilmente con le esigenze di
reparto. Dal mese di Novembre
verranno fornite le date di apertura
per gli ambulatori presso
l'Ospedale di Mondovì con
indicazione della cadenza
settimanale.

VERIFICA ANNUALE - Mail del
03/02/2023 del Dott. Vivaldo:
Eseguito percorso di affiancamento
come previsto trimestrale (ottobre-
novembre-dicembre) con
acquisizione formale delle
procedure. Abbozzata anche la
possibilità di una collocazione in
rete del futuro ambulatorio.
L'attivazione fisica dell' ambulatorio
è stata procrastinata nel primo
trimestre 2023 per esigenze di
reparto.

L'OIV PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 507 di 521

Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato. 	5	20	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	<p>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
---------------------------	--	--	---	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 508 di 521

Direttore: **ZAVATTERO CARLA (Direttore f.f.)**

Struttura: **S.C. ANATOMIA PATOLOGICA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 509 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	65	80	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	<p>- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.</p>	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS PROGR. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.</p> <p>VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 510 di 521

Direttore: **ZOANETTI SONIA (Direttore sostituito dal 29/06/2022) - PINELLI MASSIMILIANO (fino al 28/04/2022)**

Struttura: **S.C. MEDICINA D'URGENZA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,60 % **Media 2:** 99,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 511 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 512 di 521

Gestione iniziale in DEA del paziente con dolore toracico - del paziente con cefalea - del paziente con ictus cerebrale candidato a trombolisi. SAVIGLIANO.

Nella scheda vengono proposti alcuni obiettivi che abbracciano gli aspetti clinici, gestionali/organizzativi e formativi.

a) Gestione iniziale del paziente con dolore toracico in DEA/ esecuzione dell'ECG entro 10 minuti

dall'accettazione nei pazienti che si presentano in DEA per dolore toracico insorto da meno di 36 ore

b) Gestione del paziente con cefalea in DEA/% di pazienti che si presentano in DEA per cefalea che vengono sottoposti a visita neurologica urgente

c) Gestione iniziale in DEA del paziente con ictus cerebrale candidato a trombolisi/ Esecuzione della TAC cranio entro 60 minuti

Obiettivo Pienamente raggiunto (100%):

a) > 80% dei pazienti

b) riduzione del 30% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea

c) > 90% dei pazienti

Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):

a) 70-80% dei pazienti

b) riduzione tra il 20 e 30% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea

c) 75-90% dei pazienti

Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):

a) 60-70% dei pazienti

b) riduzione tra il 10 e 20% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea

c) 60-75% dei pazienti

Obiettivo non raggiunto (<60%):

a) <60% dei pazienti

b) riduzione minore del 10% rispetto al 2021 delle consulenze neurologiche per cefalea

c) <60% dei pazienti.

20 20

98,00 98,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Sono stati definiti alcuni incontri (2-3 anno) tra i medici della medicina d'urgenza, della cardiologia e della neurologia con i seguenti obiettivi: 1) discussione casi clinici e valutazione della corretta gestione secondo le indicazioni aziendali al momento in atto e della corretta indicazione a valutazione specialistica; 2) monitoraggio tempi di permanenza in pronto soccorso; 3) discussione su ultime linee guida internazionali."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica i seguenti dati: a) GESTIONE INIZIALE DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO - su un campione di paziente valutati in PS Savigliano (mese di ottobre 2022) su 179 accessi per dolore toracico sono stati eseguiti 143 ecg entro i 10 minuti (80%); b) GESTIONE DEL PAZIENTE CON CEFALEA IN DEA % DI PAZIENTI CHE VENGONO SOTTOPOSTI A VISITA NEUROLOGICA URGENTE: nel 2022 si sono registrati 337 accessi per cefalea, di cui 123 hanno eseguito visita neurologica (36%), contro 313/158 del 2021, con una riduzione del 23% circa delle visite; c) GESTIONE PAZIENTE CON

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 513 di 521

Programmazione riunioni trimestrali su casi clinici e elaborazione di un protocollo di collaborazione per utilizzo di personale medico tra le sedi di Savigliano e Saluzzo.

Programmazione di riunioni trimestrali di discussione casi clinici, protocolli operativi clinico assistenziali comuni, problematiche di servizio comuni con la partecipazione dei direttori di struttura e, a rotazione di tutto il personale medico e rappresentanti infermieristici. Trasmissione verbale di riunione alla Direzione del Dipartimento con firma dei partecipanti, orari di inizio e fine riunione. Elaborazione di un protocollo di collaborazione per l'utilizzo del personale medico tra le due sedi.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza verbale riunione trimestrale e trasmissione protocollo entro il 31.12.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancanza del verbale di riunione trimestrale e mancata elaborazione e trasmissione del protocollo.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Si è svolta la prima riunione trimestrale presso il PS di Saluzzo tra medici ed infermieri in data 7 luglio. Durante tale incontro sono state affrontate le seguenti problematiche: orari di apertura e chiusura del PS non sempre rispettati, sono state fatte proposte per risolvere/ridurre il problema; reperibilità infermiere per trasferimenti, visite ortopediche, comportamento del personale in caso di ritardo del medico in turno in PS. A settembre verrà organizzato un nuovo incontro."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che essendo stati gli obiettivi assegnati ad inizio aprile 2022 ed avendo nello stesso mese il Dott. Pinelli rassegnato le dimissioni si è valutato il periodo successivo al 29/06/2022 data in cui è stato assegnato alla Dott.ssa Zoanetti l'incarico di Direttore sostituto della S.C. Da tale data sono state svolte due riunioni presso il PS Saluzzo (una per trimestre): 07/07/2022 e 08/11/2022. Sono state affrontate le seguenti tematiche: visite ortopediche, reazioni avverse a farmaci, chiarimenti sulla procedura dello SDAU, rapporti con medici della cooperativa. I verbali sono agli atti della S.C. A causa della criticità dell'organico medico non è stata possibile l'elaborazione del protocollo di collaborazione ed utilizzo del personale medico in quanto tale carenza di personale non consente la condivisione di risorse (n° 3 medici dipendenti su 2

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 514 di 521

sedì). Pertanto il Direttore di Dipartimento ha stabilito la non attuabilità del protocollo. Alla luce di tale analisi si considera l'obiettivo pienamente raggiunto.

Scheda "Risorse/Attività"

Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".

- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS Progr.
SANITARIA E
CONTROLLO DI
GESTIONE

VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione.

VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 515 di 521

Direttore: **ZUMMO UGO**

Struttura: **S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,10 % **Media 2:** 99,10 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2022, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	30	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovraffollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 516 di 521

Compilazione PROSAFE per i pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Si propone la partecipazione all'obiettivo "PROGETTO INDICATORI PIEMONTE" assegnato alla S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano in ottemperanza alle indicazioni regionali inerenti la QUALITÀ NELL'ASSISTENZA in TERAPIA INTENSIVA.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): > 95% pazienti inseriti in status 3 e/o 4
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): 85-95% pazienti inseriti in status 3 e/o 4
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): 60 e 85% pazienti inseriti in status 3 e/o 4
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): < 60% pazienti inseriti in status 3 e/o 4

5

5

82,00

82,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "Il PROGETTO INDICATORI PIEMONTE viene puntualmente aggiornato per ogni paziente ricoverato mediante la compilazione sull'applicativo PROSAFE. Referente per la Struttura: Dr.ssa Elisabetta Brizio."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che su 309 ricoveri nel 2022, al 31/12/2022, 222 pazienti risultano in status 4 di compilazione e 31 allo status 3, per un totale di 253 pazienti, pari all'82% dei ricoveri totali. L'obiettivo risulta pertanto parzialmente raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO ALL' 82%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 517 di 521

Emergenze (Covid-19, ..)	Azioni proattive e osservanza delle disposizioni delle Cabine di regia delle Unità di crisi aziendali ai fini di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita, legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID-19.	Relazione della Direzione Generale, eventualmente delegata ai Responsabili delle Unità di crisi.	40	55	100,00	100,00	DIRETTORE SANITARIO	<p>VERIFICA INFRANNUALE - Nota prot. 107278 del 30/08/2022: Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Nota Prot. 23006 del 20.02.2023 di trasmissione relazione (agli atti) di tutte le azioni intraprese al fine di far fronte ai bisogni sanitari della popolazione assistita legate alle condizioni di emergenza, in primis quella per il COVID 19. L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto per tutte le strutture coinvolte.</p>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
--------------------------	---	--	----	----	--------	--------	------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 518 di 521

Procedura relativa alle cure palliative ed alla gestione del fine vita in rianimazione.

Procedura relativa alle cure palliative ed alla gestione del fine vita in rianimazione con particolare attenzione al tema della rimodulazione terapeutica e alla comunicazione delle notizie difficili.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della procedura entro il 31.12.2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Procedura non effettuata nell'anno.

5

5

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "E' stato costituito il gruppo di lavoro e si è avviata la ricerca bibliografica. I referenti per la Struttura sono: Dr. Salvaggio Marco, Dr.ssa Claudia Angela Monge Roffarello e l' infermiera Doci Jolanda."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che la procedura è stata completata ed approvata ed è pubblicata sulla intranet aziendale PSdeur007 Cure palliative e fine vita in Anest Rianimazione rev 00. Si è provveduto a notificare l'avvenuta pubblicazione mediante lettera di diffusione del Dipartimento (prot.163026 del 28/12/2022). L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 519 di 521

Programmazione riunioni mensili di discussione casi clinici.

Programmazione di riunioni mensili di discussione casi clinici, protocolli operativi clinico assistenziali comuni con la partecipazione dei direttori di struttura e, a rotazione di tutto il personale medico e rappresentanti infermieristici. Trasmissione verbale di riunione alla Direzione del Dipartimento con firma dei partecipanti, orari di inizio e fine riunione.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): N. 1 riunione al mese a partire dal mese di Aprile 2022.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessuna riunione effettuata nell'anno 2022.

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022: "Mail del 26/05/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 28/04/2022-16/05/2022. Mail del 29/06/2022 del Dott. Raviolo che comunica l'effettuazione delle riunioni svolte nelle seguenti date: 13/06/2022-23/06/2022 (la riunione di agosto è stata anticipata a giugno). Nel mese di luglio la riunione si è svolta il 14/07. I verbali ed i fogli firme sono agli atti del Dipartimento."

VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che sono state svolte le ulteriori riunioni in data 23/09/2022-17/10/2022-24/11/2022 e 22/12/2022. I verbali e i fogli firme di tutte le riunioni sono agli atti delle varie Strutture e del Dipartimento. Essendo state svolte tutte le riunioni mensili l'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 520 di 521

Revisione ed integrazione procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti".	Revisione ed integrazione della procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti" che dovrà comprendere anche note di protezione, cautele, modalità di assistenza, indicazioni e tipo di trattamento antibiotico, flusso informativo e matrice di competenze delle azioni.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della procedura entro il 31.12.2022. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Procedura non effettuata nell'anno.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: mail del Dott. Raviolo del 11/08/2022 "E' stato costituito il gruppo di lavoro e si è avviata la ricerca bibliografica. I referenti per la Struttura sono la Dr.ssa Russo Antimina e l'infermiera Ponso Simona." VERIFICA ANNUALE: il Dott. Raviolo con mail del 10/02/2023 comunica che è stata terminata la revisione n.1 della PSdsa016 Isolamento e Gestione del paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi multiresistenti e carbapenemasi produttori. Attualmente la Qualità sta procedendo alla raccolta firme per l'emissione e la pubblicazione sulla intranet aziendale. Si considera obiettivo pienamente raggiunto per la parte di competenza connessa alla Struttura.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse/Attività"	Monitoraggio degli indicatori di costo e attività della Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo Pienamente raggiunto (100%): Almeno 2 monitoraggi durante l'anno - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio effettuato.	5	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS Progr. SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	VERIFICA INFRANNUALE - Mail del 31/08/2022: Obiettivo pienamente raggiunto. Monitoraggio infrannuale dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate, effettuato congiuntamente al Controllo di Gestione. VERIFICA ANNUALE - Mail del 22/02/2023: "Obiettivo pienamente raggiunto. Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate."	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%

Verifica Finale Budget 2022

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)