

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 per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

_FIORETTO FRANCO

Struttura:

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE

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			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) Il Dipartimento sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) Il Dipartimento ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Pool amministrativi di Dipartimento	Nel 2022 è stato predisposto ed approvato il progetto per la creazione di un pool di amministrativi Ospedali Area Nord così come già operativo negli Ospedali dell'Area Sud . Nel 2023 si tratta di dare attuazione a tale progetto partendo dai due Dipartimenti che hanno evidenziato maggiore disponibilità all'innovazione e cioè il Dipartimento materno infantile e il Dipartimento medico generale riabilitativo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro il 30 aprile presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 30 giugno piena attuazione del piano operativo Entro il 30 settembre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Entro il 30 giugno presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 30 giugno piena attuazione del piano operativo Entro il 31 ottobre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Entro il 30 giugno presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 31 agosto piena attuazione del piano operativo Entro il 30 novembre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo non raggiunto (<60%):Presentazione del piano operativo dopo il 30 giugno	10	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 103800 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 10.08.2023 con nota Prot 102737 comunicava l'attivazione del Pool Amministrativi Area Nord trasmettendo l'elenco personale assegnato e attività svolte. Il giudizio è ampiamente positivo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come comunicato con nota del 16/05/23 Prot. n. 63007 le strutture coinvolte hanno dato attuazione al progetto bypassando la presentazione del piano operativo. Con nota del 10/08/23 prot 102737 si è relazionato in merito al primo report delle attività svolte dal pool. Con nota del 24/10/23 prot 138147 si è provveduto ad inviare ulteriore report attestante le attività svolte dal pool. Obiettivo raggiunto nei termini.	

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
--	---	--	----	---	--------	--------	--------------------------------

Sito internet aziendale - Revisione	Coordinamento con la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance e strutture afferenti al Dipartimento per la revisione del nuovo sito internet aziendale.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.</p>	<div>20</div> <div>0</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata la revisione dei contenuti e la strutturazione delle pagine rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. Sono iniziati i carimenti dei contenuti il cui completamento è previsto per dicembre 2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
						VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti in modo completo ed approfondito sul nuovo sito.	

A.S.L.CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 4 di 257

Direttore:

_GHIGO GABRIELE

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			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	20	0	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) Il Dipartimento sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) Il Dipartimento ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 5 di 257</div>									
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
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: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che La ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi 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.	STANTE LA COMPLESSITÀ DELL'OBIETTIVO ASSEGNATO, CHE NON RISPONDE A PRECISE, OGGETTIVE E INEQUIVOCABILI FUNZIONI MATEMATICHE DI VALUTAZIONE, L'O.I.V. PRENDE ATTO CHE IL RAGGIUNGIMENTO SU UNA SOGLIA PARI O SUPERIORE AL 95% CONSENTE DI RITENERE SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO L'OBIETTIVO ENTRO I TERMINI STABILITI DAL REGOLAMENTO AZIENDALE, TALE DA RICONOSCERE LA PIENA VALORIZZAZIONE ECONOMICA; DI CONSEGUENZA L'O.I.V. DISPONE CHE LA VALORIZZAZIONE DEL PREDETTO OBIETTIVO CORRISPONDA AD UN VALORE PERCENTUALE PARI AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>	
						Pagina 6 di 257	
Sito internet aziendale - Revisione	Coordinamento con la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance e strutture afferenti al Dipartimento per la revisione del nuovo sito internet aziendale.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	150100,00100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata una grossa revisione dei contenuti e della modulistica rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito in sinergia con le strutture facenti capo al dipartimento. Sono iniziati i carimenti dei contenuti il cui completamento è previsto per dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti in modo completo sul nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 7 di 257

Direttore:

_NEGRO MAURO

Struttura:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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 per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 8 di 257	
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini</div> <div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata trasmissione dei dati</div>	<div>10</div> <div>0</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Riduzione del numero delle sedi decentrate	Graduale riduzione del numero delle sedi decentrate con individuazione entro aprile dei criteri in base a dati di attività, di popolazione e di percorsi e presentazione delle proposte di riduzione o chiusura delle sedi decentrate e chiusura e riduzione del 100% delle sedi individuate con la Direzione Generale entro ottobre 2023.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Chiusura e riduzione del 100% delle sedi individuate con la Direzione Generale entro ottobre 2023.</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Individuazione entro aprile dei criteri in base a dati di attività, di popolazione e di percorsi e presentazione delle proposte di riduzione o chiusura delle sedi decentrate.</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata individuazione dei criteri e presentazioni proposte e mancata chiusura e riduzione delle sedi individuate dalla Direzione Generale.</div>	<div>20</div> <div>0</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 55097 del 27/04/2023 il Dott. Negro ha illustrato le proposte di riduzione sedi della S.C. Sanità Animale. L'obiettivo al momento risulta raggiunto al 100% per avvenuta presentazione ipotesi entro i tempi richiesti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>	
								Pagina 9 di 257	
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.	100	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>98% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 98%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	100	0	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento l'obiettivo risulta parzialmente raggiunto (84%). Si segnala lieve sforamento sulla spesa "ALTRI COSTI", consistente su "FARMACI" (Vaccini SISP). VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Con due successive note, agli atti del Controllo di Gestione, la Responsabile della S.S.D. Direzione Amministrativa della Prevenzione comunica che: - la regione, con nota prot 0081879 del 30/06/2022 , ha previsto campagne di vaccinazioni straordinarie quali zoster, pneumococco, HPV. (Tale possibile incremento era già stato evidenziato in sede di budget ed era quindi stata inserita sulla scheda risorse-attività una nota sul target di eventuale approfondimento in merito). - è stato richiesto e autorizzato uno spostamento sui conti di bilancio pari a 12.000€ a copertura delle aumentate spese postali conseguenti al nuovo protocollo colon-retto che ha determinato un notevole allargamento del bacino di utenza. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>
<div>Pagina 10 di 257</div>						
Sito internet aziendale - Revisione	Coordinamento con la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance e strutture afferenti al Dipartimento per la revisione del nuovo sito internet aziendale.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>10</div> <div>0</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. La sezione strutturale del dipartimento è già attualmente on line sul nuovo sito.E' stato inoltre effettuato un complesso lavoro di verifica dei contenuti e caricato sul nuovo sito l'albero delle pagine relative alla sezione prevenzione. E' in atto il caricamento dei nuovi contenuti che procede regolarmente e si concluderà entro la fine di dicembre. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che la struttura ha completamente riportato la parte di competenza sul nuovo sito internet rivedendone sia la strutturazione che i contenuti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

_PAPALEO ALBERTO

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Pool amministrativi di Dipartimento	Nel 2022 è stato predisposto ed approvato il progetto per la creazione di un pool di amministrativi Ospedali Area Nord così come già operativo negli Ospedali dell'Area Sud . Nel 2023 si tratta di dare attuazione a tale progetto partendo dai due Dipartimenti che hanno evidenziato maggiore disponibilità all'innovazione e cioè il Dipartimento materno infantile e il Dipartimento medico generale riabilitativo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro il 30 aprile presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 30 giugno piena attuazione del piano operativo Entro il 30 settembre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Entro il 30 giugno presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 30 giugno piena attuazione del piano operativo Entro il 31 ottobre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Entro il 30 giugno presentazione del piano operativo di attivazione del pool Entro il 31 agosto piena attuazione del piano operativo Entro il 30 novembre presentazione del primo report delle attività svolte -Obiettivo non raggiunto (<60%):Presentazione del piano operativo dopo il 30 giugno	70	0	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 103800 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 10.08.2023 con nota Prot 102737 comunicava l'attivazione del Pool Amministrativi Area Nord trasmettendo l'elenco personale assegnato e attività svolte. Il giudizio è ampiamente positivo VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come comunicato con nota del 16/05/23 Prot. n. 63007 le strutture coinvolte hanno dato attuazione al progetto bypassando la presentazione del piano operativo. Con nota del 10/08/23 prot 102737 si è relazionato in merito al primo report delle attività svolte dal pool. Con nota del 24/10/23 prot 138147 si è provveduto ad inviare ulteriore report attestante le attività svolte dal pool. Obiettivo raggiunto nei termini.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 14 di 257

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 per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Coordinamento con la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance e strutture afferenti al Dipartimento per la revisione del nuovo sito internet aziendale.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	70	0	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato e formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Da parte del dipartimento è stata fatta una ricognizione di quanto presente nel vecchio sito e una revisione dei testi da inserire nel nuovo. Si è inoltre provveduto a caricare sul nuovo sito la parte strutturale del dipartimento ed i primi contenuti. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà entro dicembre 2023. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito in modo completo e dettagliato.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 15 di 257</div>	
<div>Direttore:<div>_RISSO FRANCESCO</div></div> <div>Struttura:<div>DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE</div></div> <div>Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):<div>Media 1:99,10 %Media 2:0,00 %</div></div>										
Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV	
			P1	P2	R1	R2				
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	15	0	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) Il Dipartimento sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) Il Dipartimento ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 17 di 257	
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.	150100,00100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Sito internet aziendale - Revisione	Coordinamento con la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance e strutture afferenti al Dipartimento per la revisione del nuovo sito internet aziendale.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	100100,00100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito e la sezione strutturale del dipartimento è già attualmente on line. E' stato inoltre effettuato un lavoro di verifica dei contenuti e ad oggi sono stati caricati la maggior parte di essi. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà presumibilmente già entro fine ottobre. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 18 di 257

Direttore:

ACCHIARDI MAURA

Struttura:

S.S. ACQUISTI

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	50	25	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	35	50	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 19 di 257	
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	15	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati interamente i contenuti afferenti all'area di competenza VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:ACCIARDI MARIA GRAZIA (dal 01/07/2023)

Struttura:S.S.D. COORDINAMENTO EMERGENZA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Coordinamento operativo con il DEU per la copertura dei turni di servizio	Coordinamento operativo con il DEU per la copertura dei turni di servizio	Valutazione a cura del Direttore di Dipartimento.	40	50	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza urgenza riferisce che è iniziata la collaborazione da parte del S.S.D. Coordinamento Emergenza Territoriale rivolta al raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che la SSD collabora attivamente con il DEU relativamente alle problematiche di copertura dei turni di servizio relativamente al personale afferente alla ASLON1.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 21 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	30	50	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:AIMAR FABIO

Struttura:S.C. BILANCIO E CONTABILITA'

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1:99,70 %

Media 2:99,50 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	15	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	25	98,00	98,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 75%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 75%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98% (VALORE TRA IL 75% E L'82%).
--	---	--	----	----	-------	-------	--	---	--

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
									Pagina 23 di 257
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata trasmissione dei dati	15	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
			VERIFICA ANNUALE: si conferma la relazione infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.						
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.	25	25	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Punto a): Il dialogo con i coordinatori di Macro Area è continuo e sono presenti "tensioni di budget" diffuse, in proiezione (es. area DAM, FAC per manutenzioni e spese legate al CED). La Direzione Amministrativa è costantemente aggiornata. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono ulteriori revisioni della dotazione sin qui assegnata ai servizi, coerente alle disposizioni regionali e al susseguirsi delle riprevisioni aziendali 2023. Punto b): Il work flow dei documenti è costantemente monitorato e oggetto di solleciti anche per le vie brevi. Mail del 10/03/2023 e del 21 luglio 2023 del Dott. Aimar con evidenza del monitoraggio di tutte le macro aree e segnalazione per vie brevi sulle fatture in ritardo, richiata caricamento DURC. Partecipazione alle riunioni sulle richieste regionali, per il rispetto delle scadenze aziendali. Invio di istruzioni ai servizi in relazione agli adempimenti di cui alla DGR 9-7070 e richiesti dalla Regione Piemonte.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
			VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce quanto segue: Punto a): 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", anche conseguenti alle rimodulazioni di spesa di cui alla DGR 9-7070 (riferimento alla relazione infrannuale). Vi sono stati specifici approfondimenti sulle attività di efficientamento richieste dalla Regione Piemonte per il 2023 (anziani, DM, energia, farmaci). Punto b): 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. Invio di istruzioni ai servizi in relazione agli adempimenti di cui alla DGR 9-7070 e richiesti dalla Regione Piemonte.						

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		
Sito internet aziendale - Revisione		Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>5</div> <div>10</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati interamente i contenuti afferenti all'area Bilancio e Contabilità. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

AIRALE ERALDO

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>				
								Pagina 27 di 257				
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving	Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro marzo: individuazione delle molecole con maggior impatto, dello standard % di prescrizione in cost saving e assegnazione obiettivi ai MMG. Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe. Entro dicembre: rispetto delle % di cost saving per le molecole individuate. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto delle % di cost saving.</div>	<div><div>5</div><div>5</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che come da mail del Dr. Ghigo del 18/08/2023 sono stati individuati, entro i termini concordati, i farmaci cost saving di principale interesse al fine dell'obiettivo aziendale ed è stato deciso, in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, l'inserimento dell'obiettivo "Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving" nella scheda obiettivi MMG 2023. La Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%						
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	a) Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali. b) Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti. b) Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni. - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali. b) Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.</div>	<div><div>5</div><div>5</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%						
</												

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		
							Pagina 29 di 257		
Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa, con particolare riguardo alla spesa della NPI. 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.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	35	55	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		
		<div>Pagina 30 di 257</div>						
Sito internet aziendale - Revisione		Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>5</div> <div>5</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata una revisione dei contenuti rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. E' stata caricata la pagina strutturale relativa al distretto di competenza e vi è stato il supporto alla direzione amministrativa distrettuale per gli obblighi previsti da amministrazione trasparente. Il lavoro procede regolarmente e si prevede il completo caricamento entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 31 di 257

Direttore:

ALBERICO GRAZIA MARIA

Struttura:

S.S. FORMAZIONE SVILUPPO DELLE COMPETENZE E QUALITA'

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):


Media 1: 99,80 % Media 2: 99,80 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Accreditamento SIMT	Con riferimento alla Funzione Qualità: accreditamento S.S. Medicina Trasfusionale ai sensi D.G.R. n. 16-3972 del 15/10/2021 di recepimento tra Governo, Regioni e Province autonome "Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (242/CSR) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica" (29/CRS del 25/03/2021): supporto alla SS Medicina Trasfusionale per la raccolta dati, revisione documentale condivisa tra Mondovì e Savigliano in preparazione all'audit; supporto alla stesura del Piano di Adeguamento e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Raccolta dati e revisione documentale completata entro la data dell'Audit; presenza del Piano di Adeguamento e supporto al completamento azioni di miglioramento secondo le scadenze definite dall'auditor. Le date da rispettare sono quelle comunicate dall'Organismo Tecnicamente Accreditato (OTC). -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Raccolta dati e revisione documentale completa entro la data dell'Audit, presenza del Piano di Adeguamento e mancato supporto completamento azioni di miglioramento secondo le scadenze definite dall'auditor. Le date da rispettare sono quelle comunicate dall'Organismo Tecnicamente Accreditato (OTC). -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Raccolta dati e revisione documentale non completa entro la data dell'Audit, presenza del Piano di Adeguamento e parziale supporto al completamento azioni di miglioramento secondo le scadenze definite dall'auditor. Le date da rispettare sono quelle comunicate dall'Organismo Tecnicamente Accreditato (OTC). -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata Raccolta dati e revisione documentale non completata entro la data dell'Audit Le date da rispettare sono quelle comunicate dall'Organismo Tecnicamente Accreditato (OTC).	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS FORMAZIONE SVILUPPO COMPETENZE (FUNZIONE QUALITA')	VERIFICA INFRANNUALE: In data 26/07/2023 la SS Formazione Sviluppo competenze e qualità riferisce che, nel rispetto delle scadenze fissate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante è stata predisposta la documentazione richiesta (comprensiva di documenti revisionati) nonchè i dati di attività e le planimetrie, propedeutiche alla Verifica Ispettiva del 14 e 15 marzo 2023. In data 27/04/23 è stato inviato alla Regione Piemonte il Piano di Adeguamento e in data 21/07/2023 è stato trasmesso all'ARPA lo Stato di avanzamento delle azioni di miglioramento al 30/06/2023, nel rispetto del cronoprogramma definito. Attualmente è in corso il completamento delle azioni di miglioramento. Tutta la documentazione è agli atti della Funzione Qualità. Lo stato dell'arte dell'obiettivo è in linea con il pieno raggiungimento entro il 31/12/2023. VERIFICA ANNUALE: con mail del 12/01/2024 la SS. Formazione sviluppo Competenze e Qualità riferisce che nel rispetto delle scadenze fissate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante è stata predisposta la documentazione richiesta (comprensiva di documenti revisionati) nonchè i dati di attività e le planimetrie,propedeutiche alla Verifica Ispettiva del 14 e 15 marzo 2023. In data 27/04/23 è stato inviato alla Regione Piemonte il Piano di Adeguamento e in data 21/07/2023 è stato trasmesso all'ARPA lo Stato di avanzamento delle azioni di miglioramento al 30/06/2023, nel rispetto del cronoprogramma definito. Fornito supporto al completamento delle azioni di miglioramento necessarie. Tutta la documentazione è agli atti della Funzione Qualità.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 32 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	98,00	98,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 75%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 75%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98% (VALORE TRA IL 75% E L'82%).
Gestione dei codici bianchi	Con riferimento all'Ufficio Qualità. Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro maggio : Presenza della procedura e delle istruzioni operative (evidenza documentale su format Qualità) e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della procedura e delle istruzioni operative e mancata attivazione ambulatorio entro la data richiesta.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
									Pagina 33 di 257
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving	Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): entro maggio effettuazione di formazione e informazione ai Medici di Medicina Generale in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni farmaceutiche delle molecole individuate -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): entro giugno effettuazione di formazione e informazione ai Medici di Medicina Generale in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni farmaceutiche delle molecole individuate -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): entro luglio effettuazione di formazione e informazione ai Medici di Medicina Generale in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni farmaceutiche delle molecole individuate -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata effettuazione della formazione.</div>	<div><div>5</div><div>10</div></div>	<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che in data 15/04/2023 l'Azienda ha organizzato un evento dal titolo "Politerapia focus su interferenze e cronicità", aperto anche ai MMG, nel quale in Dott. Ghigo ha affrontato il tema del cost saving. (v. opuscolo informativo dell'evento).			
						VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale conferma che in data 15/04/2023 l'Azienda ha organizzato un evento dal titolo "Politerapia focus su interferenze e cronicità", aperto anche ai MMG, nel quale il Dott. Ghigo ha affrontato il tema del cost saving.			
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali.</div>	<div><div>5</div><div>10</div></div>	<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione.			
						VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.			

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 34 di 257</div>									
<div><div><div><div><div>Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione</div><div>Attualmente la stampa della modulistica utilizzata nei reparti e servizi è affidata a Tipografie esterne. Si rende necessaria una razionalizzazione al fine di ridurre le tipologie di stampati che dovrebbero essere il più possibile omogenee a livello di presidi/reparti dell'ASL CN1. Durante la revisione sarebbe inoltre opportuno valutare l'eventuale sostituzione dei prestampati con moduli on line. Tale attività sarà propedeutica all'attivazione della cartella clinica informatizzata. La razionalizzazione comporterà anche una riduzione della giacenza presso il magazzino economale sia per quanto riguarda le tipologie che i quantitativi.</div></div><div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione tra il 41% e il 50% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione tra il 26% e il 40% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione tra il 15% e il 25% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione inferiore al 15% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino</div></div><div><div>510100,00100,00</div></div><div><div>DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO</div></div><div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 12/05/2023 si è tenuto un incontro in modalità Cisco Webex con tutte le Strutture assegnatarie dell'obiettivo e sono stati esaminati i moduli in giacenza (forniti dalla S.S. Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri) al fine di valutare quelli: da eliminare (perché non più utilizzati), da revisionare e da mantenere. Le Direzioni Sanitarie di PP.OO. entro il mese di Giugno hanno verificato con le Strutture i moduli per i quali era necessario avere delucidazioni in merito all'utilizzo. In data 08/08/2023 incontro Funzione Qualità, Direzioni Sanitarie di PP.OO. e SS Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri per confronto e avvio conseguente revisione.</div></div><div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div>Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance</div><div>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.</div></div><div><div>- 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.</div></div><div><div>1010100,00100,00</div></div><div><div>DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'</div></div><div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.</div></div><div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come risulta dalla nota prot 108300 del 23/08/23, le strutture interessate si sono più volte riunite ed hanno svolto il compito assegnato nei tempi e nei modi previsti. Con mail del 03/10/23, la Referente della funzione Qualità ha comunicato che è stata conclusa la disamina di tutta la modulistica utilizzata nei PP.OO. dell'ASL CN1 dando evidenza dei moduli che non necessitano di riedizione, dei moduli da rieditare ed infine dei moduli da eliminare. La revisione ha interessato il 100% della modulistica a giacenza. Obiettivo raggiunto nei termini previsti.</div></div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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.</div></div></div></div></div>									



Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 35 di 257

Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	<div><div>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</div><div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</div><div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023</div><div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.</div></div>	<div><div>10</div><div>20</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	<div>RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. E' stata inserita sul nuovo sito la pagina relativa alla struttura. Entro fine 2023 verranno ricondotte le ulteriori informazioni da pubblicare sul nuovo sito.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>
-------------------------------------	---	--	---	---	--

<div><div><div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 36 di 257</div>	
Direttore:		ALFONZO SANTO									
Struttura:		S.C. S.Pre.S.A.L.									
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					
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) Il Dipartimento sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) Il Dipartimento ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) Il Dipartimento ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 37 di 257</div>									
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio non è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo ma, in questo caso, è necessario tenere in considerazione la nota prot.n. 99776 del 03/08/2023, in cui il Servizio segnala che numerose comunicazioni verso la Procura della Repubblica non avvengono tramite posta certificata bensì attraverso il caricamento diretto su un portale del Ministero della giustizia attraverso il quale il Servizio e la Procura della Repubblica scambiano e aggiornano informazioni e documenti. Fino ad oggi l'accettazione di documenti firmati digitalmente non era consentita in quanto il Servizio era vincolato al Portale NDR del Ministero della Giustizia. Detto sistema permette la tracciabilità dei documenti con modalità proprie e l'origine riconoscibile del mittente. Il Servizio produce altresì documenti e atti di Polizia, le inchieste per Malattie Professionali e infortuni di nostra iniziativa o su delega, gli atti sanzionatori (verbali di prescrizioni, ammissioni al pagamento e estinzione del reato) e tutta la documentazione di corredo che permane nella versione cartacea a firma olografica. L'obiettivo del Servizio è quello di adottare una sempre maggiore utilizzazione dei documenti firmati digitalmente in tutte quelle comunicazioni con l'esterno che ne prevedono la possibilità. Il Servizio si sta adoperando per utilizzare il sistema con gli Enti esterni, i destinatari privati o pubblici del nostro Servizio anche mediante la recente introduzione della copia di cortesia unita alla copia firmata digitalmente. Quanto sopra si precisa anche nella speranza che in seguito tutto ciò possa essere risolto con l'AAGG e le segreterie dei vari PM. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità 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 necessità 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 necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione -Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica/Ambiente, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 38 di 257</div>	
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	<div>20</div> <div>30</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta sostanzialmente raggiunto (96,3%). Si segnala lieve aumento spesa di "ALTRI COSTI" (valore assoluto basso quindi piccole variazione di spesa dei primi mesi possono influire significativamente sulle proiezioni). VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che l'obiettivo è considerato raggiunto per valutazione complessiva dipartimentale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore:ANTONIONO ELENA

Struttura:S.C. NEURORIABILITAZIONE FOSSANO

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorso intra aziendale relativo alla gestione delle disabilità del pavimento pelvico. Interazione con i Dipartimento Materno Infantile e Dipartimento Chirurgico.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 30/06/2023. Stesura di 1 percorso clinico organizzativo e relativo avvio -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 30/09/2023. Stesura percorso clinico organizzativo. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relaziona quanto segue: Lo stato attuale evidenzia uno sviluppo su due percorsi che saranno definiti per la fine del mese di Settembre mentre un terzo protocollo verrà avviato entro la fine del 2023. Di seguito sono riportate le riunioni sinora realizzatesi. Prima riunione interdipartimentale del 27/6/2023 Prot. 0084414 del 30.6.2023 di definizione del percorso dell'incontinenza femminile non neurogena attraverso flow-chart. Seconda riunione interdipartimentale sul percoroso dell'incontienza femminile non neurogena del 08/08/2023 di stesura delle azioni per singola specialità, integrazione percorso e relativa flow-chart. Prima riunione interdipartimentale in data 26/7/2023 sull'incontinenza urinaria post prostatectomia con condivisione della flow chart e successive osservazioni integrazioni. Terza riunione interdipartimentale sull'incontinenza femminile non neurogena prevista per 11/09/2023. Seconda riunione interdipartimentale su incontinenza post prostatectomia da definire. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto già illustrato nella verifica infrannuale e comunica che il Coordinatore del Dipartimento con mail del 29/12/2023 ha comunicato che il percorso intraziendale PDTA Incontinenza Urinaria Femminile Non Neurogena è stato definito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 40 di 257</div></div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): [(OLD DA LUGLIO) (OLD DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato.)] Entro OTTOBRE: Formazione agli operatori delle Strutture individuate per la sperimentazione per l'utilizzo del nuovo software per la prenotazione dei pasti somministrati ai degenti ed attivazione del servizio in tali strutture a decorrere dal MESE DI NOVEMBRE. - Obiettivo non raggiunto (<60%): (OLD Mancata prenotazione pasti) Mancata prenotazione informatica dei pasti nelle strutture individuate dal MESE DI NOVEMBRE.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore della S.C. Logistica e DAPO, preso atto che sono stati modificati gli standard di raggiungimento dell'obiettivo come da nota prot 139685 del 27/10/23, comunica che i corsi di formazione al personale coinvolto sono stati effettuati nelle giornate del 27 e 30 Ottobre 2023. Successivamente, come risulta dalla comunicazione prot. 143036 del 06/11/23 allegata alla nota prot. 24667 del 20/02/2024, la sperimentazione è stata avviata sulle sedi ospedaliere di Ceva e Fossano dal giorno 06/11/23. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 41 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<h1>Verifica Finale Budget 2023</h1> <h2>Obiettivi per Struttura</h2>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 42 di 257	
Presa in carico psicologica Cure Primarie - Revisione procedura	Revisione della procedura PSDSM008 "Presa in carico psicologica Cure Primarie".	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30.09.2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31.12.2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD SERVIZIO DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107039 del 21/08/2023 il Direttore della S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che la procedura è stata revisionata tenendo conto anche delle indicazioni regionali (D.G.R. 35-5257 - 2022). Sono state effettuate tre riunioni con il gruppo di lavoro della SSD Psicologia e psicopatologia dello sviluppo che ha messo a punto una prima bozza del documento. In data 9 agosto 2023 è stata fatta una riunione con la dott.ssa Giachino Amistà (Qualità) con cui è stata condivisa la bozza di procedura e i documenti correlati che sono stati aggiornati. Nel mese di settembre verrà completato l'iter di revisione e di pubblicazione della procedura. GIUDIZIO SULL'ANDAMENTO DELL'OBIETTIVO. I passaggi previsti per la revisione della procedura sono stati rispettati così come le tempistiche. La procedura è stata messa a punto in bozza e nelle prossime settimane verrà completato l'iter per la pubblicazione, anche in collaborazione con l'Ufficio Qualità. VERIFINA ANNUALE: con nota prot. 22755 del 15/02/2024 il Direttore della SS. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che la procedura revisionata e i relativi allegati sono stati pubblicati entro il termine stabilito del 30/9/2023. La mail di conferma dell'avvenuta pubblicazione sulla Intranet aziendale da parte dell'Ufficio Qualità è del 25/9/2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Valutazione psicodiagnostica del minore per disturbi pervasivi dello sviluppo - Revisione procedura	Revisione, in collaborazione con la SC NPI, della procedura PSNPIMVCN002 "Valutazione psicodiagnostica del minore per disturbi pervasivi dello sviluppo".	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30.09.2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31.12.2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD SERVIZIO DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107039 del 21/08/2023 il Direttore della S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che la procedura è stata revisionata tenendo conto anche nuova Linea Guida sulla valutazione e il trattamento dei Disturbi dello spettro dell'autismo in fase di pubblicazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Sono state effettuate tre riunioni con le psicologhe della SSD Psicologia e psicopatologia dello sviluppo ed è stata messa a punto una bozza della procedura e dei documenti correlati, condivisa con la dott.ssa Giachino Amistà (Qualità) durante una riunione in data 9 agosto 2023. La bozza di procedura è stata presentata all'equipe del Centro Autismo (operatori della SSD Psicologia e SC NPI) in data 10 agosto 2023. Nel mese di settembre verrà completato l'iter di revisione e di pubblicazione della procedura. GIUDIZIO SULL'ANDAMENTO DELL'OBIETTIVO. I passaggi previsti per la revisione della procedura sono stati rispettati così come le tempistiche. La procedura è stata messa a punto in bozza e nelle prossime settimane verrà completato l'iter per la pubblicazione, in accordo con la SC NPI, con cui è condivisa la presa in carico di minori con autismo e in collaborazione con l'Ufficio Qualità. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22755 del 15/02/2024 il Direttore della S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che la nuova procedura, denominata "PSdsm010 Valutazione psicodiagnostica del minorenne per Disturbo dello spettro autistico" che supera e rende obsolete le precedenti PSnpimvcn002 e PSnpimvcn003, è stata pubblicata entro il termine stabilito del 30/9/2023. La mail di conferma dell'avvenuta pubblicazione sulla Intranet aziendale da parte dell'Ufficio Qualità è del 25/9/2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

BAFUMO GIUSEPPE

Struttura:

S.S.D. TUTELA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

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 per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	10	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 45 di 257</div>									
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	a) 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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolaro di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolaro di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. b) Verifica della corretta gestione della procedura di acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti. Verifica dell'inserimento delle voci del Titolaro di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e del Massimario di scarto. Supporto alle Strutture che utilizzano la procedura GisMaster Protocollo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. b) Supporto all'acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. b) Supporto all'acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. b) Supporto all'acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023. b) Supporto all'acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	25	40	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	a) La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta. b) Con riferimento alla DGR 12-3294, trasmissione alla Regione Piemonte della relazione unitamente al parere della Conferenza dei Sindaci.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023. b) Trasmissione relazione entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte per il procedimento di valutazione. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini -Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata trasmissione dei dati. b) Mancata attività.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto. VERIFICA ANNUALE: si conferma la relazione infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<h1>Verifica Finale Budget 2023</h1> <h2>Obiettivi per Struttura</h2>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>			
						Pagina 46 di 257			
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.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La macro area DAM segnala difficoltà diffuse nel rispetto della dotazione iniziale (monitoraggio al II trim 2023). La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati buona parte dei contenuti afferenti all'area Trasparenza ed interamente quelli relativi agli affari generali. Il lavoro procede regolarmente e i contenuti ancora presenti sul vecchio sito verranno ricondotti entro i termini previsti dal progetto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	

A.S.L.CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 47 di 257

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: 99,20 %

Media 2: 99,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	20	98,00	98,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 77%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 77%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98% (VALORE TRA IL 75% E L'82%).

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div>Pagina 48 di 257</div></div>									
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	97,00	100,00	DIREZIONE GENERALE AO S. CROCE	.	L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 97%
VERIFICA ANNUALE: con mail del 25/03/2024, (Prot. 41258 del 25/03/2024) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 97%									
Revisione e aggiornamento modulistica, istruzioni operative e procedure della Medicina del Lavoro	Con il supporto della S.S. Formazione e Sviluppo Competenze e Qualità revisione ed aggiornamento modulistica, istruzioni operative e procedure: si propone un aggiornamento della modulistica utilizzata per l'attività di sorveglianza sanitaria e delle istruzioni/procedure operative del servizio.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): 70 % modulistica e procedure aggiornate -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):50% modulistica e procedure aggiornate -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):40 % modulistica e procedure aggiornate -Obiettivo non raggiunto (<60%):< 40 % modulistica e procedure aggiornate	15	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC MEDICINA DEL LAVORO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 25/08/2023 il Direttore della S.C. Medicina del Lavoro riferisce che l'attività di revisione ed aggiornamento, in collaborazione col Servizio Qualità, procede regolarmente e non sono prevedibili, al momento, difficoltà o ritardi. VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore della S.C. Medicina del Lavoro riferisce che con il supporto della S.S. Formazione e Sviluppo Competenze e Qualità sono state revisionate ed aggiornate tutte le procedure e la modulistica relativa alla sorveglianza sanitaria che risultava obsoleta o che non riportava correttamente le informazioni sulle attività e modalità di contatto del servizio. In particolare sono state aggiornate le procedure e la modulistica relative alla sorveglianza sanitaria ex-D.L.gs. 81/08 e D.L.gs 101/00, alla prevenzione e gestione del rischio da agenti biologici, gravidanza, informazione e formazione, promozione della salute e stress lavoro correlato	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	10	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha completato quanto era previsto. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div></div><div><div>Legenda dei Pesì:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 49 di 257</div>									
Sito INTRANET aziendale della SCI Medicina del Lavoro - Revisione e aggiornamento	Con la collaborazione della S.S. Relazioni con il Pubblico Comunicazione e Ufficio Stampa revisione ed aggiornamento del sito INTRANET aziendale della SCI Medicina del Lavoro	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Sito totalmente rinnovato ed aggiornato -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Sito rinnovato solo con tutti gli aggiornamenti delle procedure e della modulistica di cui al punto precedente -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Sito rinnovato solo con il 40% degli aggiornamenti delle procedure e della modulistica di cui al punto precedente -Obiettivo non raggiunto (<60%):Sito rinnovato solo con meno del 40% degli aggiornamenti delle procedure e della modulistica di cui al punto precedente.	15	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC MEDICINA DEL LAVORO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 25/08/2023 il Direttore della S.C. Medicina del Lavoro riferisce che ci sono stati alcuni problemi di carattere informatico che, in collaborazione con l'Ufficio Stampa, si stanno risolvendo. Non si prevedono ritardi.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore della S.C. Medicina del Lavoro riferisce che con la collaborazione della S.S. Relazioni con il Pubblico Comunicazione e Ufficio Stampa è stato revisionato ed aggiornato totalmente il sito INTRANET aziendale della SCI Medicina del Lavoro ed aggiunto informazioni e modulistica nel sito Intranet dedicato ai neassunti per le parti di competenza. Anche il materiale informativo, le procedure e la modulistica relativa sono state aggiunte al sito INTRANET che è stato aggiornato per tutte le parti divenute, per ragioni normative o di prassi sopraggiunte, obsolete. In particolare sono state modificate ed aggiornate le seguenti aree: Procedure di accesso al servizio e sorveglianza sanitaria, agenti Biologici e COVID 19, Gravidanza e maternità, Informazione e Formazione, Promozione della Salute, Radiazioni Ionizzanti, stress lavoro-correlato, Informazioni per neo-assunti. Sono state verificate e lasciate invariate le parti che non necessitavano di revisione.	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 50 di 257

Direttore:

BARBERO LUIGI DOMENICO

Struttura:

S.C. DISTRETTO SUD-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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 51 di 257</div>									
<div><div><div><div><div>Implementazione di un servizio di consegna e restituzione dei dispositivi medici di piccole dimensioni</div><div>Implementazione di un servizio di consegna e restituzione dei dispositivi medici di piccole dimensioni attraverso l'individuazione delle sedi di consegna/restituzione e organizzazione del servizio.</div><div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro aprile 2023 e inizio attività da maggio 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro maggio 2023 e inizio attività da giugno 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro giugno 2023 e inizio attività da luglio 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata organizzazione attività e definizione dei protocolli e mancato inizio attività.</div></div></div><div><div><div>5</div><div>5</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div><div><div>DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO</div><div>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che con nota prot 102740 del 10 agosto 2023 la Struttura comunicava un giudizio positivo sull'obiettivo inoltrando la relazione prot 101537 della DAT che dettagliava l'organizzazione del progetto attivato il 22 maggio 2023.</div><div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come da standard condivis,i le strutture coinvolte hanno definito protocolli e tempistiche del progetto entro il mese di aprile 2023 e attivato lo stesso dal mese di maggio 2023 (comunicazione DAT prot 0101537 del 08/0/2023). In data 22/12/23 con nota prot. 165887, il Responsabile della SSD Protesica e Integrativa ha comunicato i dati relativi alle singole tipologie di presidio consegnati dagli infermieri territoriali in occasione degli accessi per le cure a domicilio degli assistiti. Obiettivo raggiunto nei termini previsti.</div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div>Implementazione di un servizio di contatto telefonico tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali</div><div>Implementazione di un servizio di contatto telefonico specialistico che consenta ai MMG/PLS di prenotare chiamate di confronto con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, su temi generici relativi a problematiche, consigli e chiarimenti legati alla specialità clinica di competenza del medico. Individuazione delle discipline per le quali potrebbe essere utile implementare il servizio Attivazione di un canale comunicativo diretto (su prenotazione) tra i MMG/PLS e i medici specialisti ospedalieri.</div><div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/05/2023. Avvio attività entro il 30 giugno 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 30/06/2023. Avvio attività entro il 31 luglio 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/07/2023. Avvio attività entro il 31 agosto 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato avvio attività.</div></div></div><div><div><div>5</div><div>5</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div><div><div>RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E</div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che le fasi di processo per il raggiungimento dell'obiettivo hanno previsto inizialmente l'istituzione di un gruppo di lavoro. Tale gruppo ha sviluppato l'organizzazione dell'attività e definito i protocolli per l'espletamento delle stesse elaborando un cronoprogramma delle azioni. Le tempistiche definite a target sono state rispettate. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100 %.</div><div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.</div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div></div>									

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div><div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 52 di 257</div></div></div>									
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving	Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro marzo: individuazione delle molecole con maggior impatto, dello standard % di prescrizione in cost saving e assegnazione obiettivi ai MMG. Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe. Entro dicembre: rispetto delle % di cost saving per le molecole individuate. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto delle % di cost saving.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che come da mail del Dr. Ghigo del 18/08/2023 sono stati individuati, entro i termini concordati, i farmaci cost saving di principale interesse al fine dell'obiettivo aziendale ed è stato deciso, in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, l'inserimento dell'obiettivo "Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving" nella scheda obiettivi MMG 2023. La Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	a) Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali. b) Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti. b) Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni. - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali. b) Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 54 di 257	
Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa, con particolare riguardo alla spesa della NPI. 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.	<div>5</div>	<div>5</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<div>35</div>	<div>55</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la verifica del raggiungimento, su indicazione della Direzione Generale considerate le azioni svolte a livello dipartimentale, è stata effettuata sul totale dei quattro distretti. La spesa complessiva sui fattori produttivi monitorati, oggetto di verifica dell'obiettivo, è inferiore rispetto al budget assegnato ed è ridotta dell'1% anche rispetto all'anno 2022. L'obiettivo pertanto è pienamente raggiunto.	

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>				
						Pagina 55 di 257				
Sito internet aziendale - Revisione		Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata una revisione dei contenuti rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. E' stata caricata la pagina strutturale relativa al distretto di competenza e vi è stato il supporto alla direzione amministrativa distrettuale per gli obblighi previsti da amministrazione trasparente. Il lavoro procede regolarmente e si prevede il completo caricamento entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 56 di 257</div>		
Direttore:		BASSO ANNA MADDALENA									
Struttura:		S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE									
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					
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	70	100	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore:

BASSO MARIA ELEONORA

Struttura:

S.C. PEDIATRIA 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			
Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto	Aggiornamento della procedura specifica interaziendale "Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto" attraverso il coinvolgimento, per la stesura, dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Aggiornamento della stesura entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento della stesura.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 30/07/2023 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è stata elaborata la bozza della procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguito della sua approvazione verrà definito un accordo che recepisce la nostra procedura e quella elaborata dall'AO S. Croce e Carle.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: In data 28/02/2024 il il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso pschico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 58 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorsi fra le Medicine Interne in ottica di complessità clinica e non assistenziale. Interazione con DEA ai fini dell'inquadramento precoce del setting del paziente.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Definizione di almeno 2 percorsi entro il 30/06/2023. Attuazione dei 2 percorsi entro il 31/12/2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 30/06/2023. Attuazione del percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relaziona quanto segue: Allo stato attuale sono stati identificati i percorsi con il DEA di competenza e sono stati definiti inoltre dei percorsi tra le Medicine onde categorizzare i pazienti ed avviarli alle degenze sulla base delle diverse caratteristiche.Di seguito i verbali: Verbale del 27/6/23 dell'incontro tra i Direttori delle SSCC Medicine per la realizzazione di incontri formativi sulle principali tematiche cliniche di comune osservazione. Verbale incontro Direttori di SSCC dei Dipartimenti coinvolti nell'interazione dell'obiettivo (Medicina Generale e Riabilitaitivo, Specialistico, DEU, Materno Infantile). Nei mesi successivi verranno esperite le azioni per la realizzazione di quanto approvato. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto illustrato nelle verifica infrannuale e comunica la realizzazione dei percorsi definiti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div><div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div><div>Pagina 60 di 257</div></div></div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Controllo e gestione del boarding	Applicazione indicazione contenute nelle linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding; in particolare nella fascia oraria 8.00-20.00, si richiede il rispetto dello standard massimo di 60' per le esecuzioni delle consulenze ortopediche.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della relazione da parte dei Direttori DEA -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della relazione dei Direttori DEA.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che dai dati trasmessi dal Controllo di Gestione nel periodo gennaio - giugno 2023, nella fascia oraria 8 - 20, sono state espletate entro i 60 minuti 2.960 consulenze ortopediche sulle 4371 consulenze richieste. (percentuale pari al 67,7%) . VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che in data 10/02/2024 il Drettoire della SC Medicina d'urgenza Mondovì, Dott. Tortore, relazione che dai dati trasmessi dal Controllo di Gestione nel periodo luglio - dicembre 2023, nella fascia oraria 8 - 20, sono state espletate entro i 60 minuti 2011 consulenze ortopediche sulle 2376 consulenze richieste. (percentuale pari al 84,6%)	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
<div>Pagina 62 di 257</div>									
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatelyzze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.</div>	<div>15</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
						VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.			
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	<div>SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato.</div> <div>- Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.</div>	<div>15</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è gia' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO		
						VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.			
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	<div>TARGET A (50% dell'obiettivo):</div> <div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno.</div> <div>-Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione.</div> <div>TARGET B (50% dell'obiettivo):</div> <div>Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</div> <div>Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</div> <div>Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</div> <div>Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</div>	<div>25</div> <div>40</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (96,1%). Si segnala indicatore "% Costi su Ricavi" oltre lo standand e anche in aumento rispetto al 2022.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
						VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non è stato pienamente rispettato il target riferito alla spesa relativa agli 'ALTRI COSTI' (che comprende in particolare i dispositivi medici). Il responsabile della struttura e il personale della Sala Operatoria stanno conducendo analisi approfondite finalizzate al possibile contenimento dei costi relativi al materiale utilizzato (in particolare della protesica) e nel 2024 verrà assegnato un ulteriore obiettivo specifico di monitoraggio. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.			

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

19/04/2024

A.S.L.CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 65 di 257

Direttore:

BLANGETTI ILARIA

Struttura:

S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONDOVI'

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1: 99,80 %

Media 2: 99,80 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sulle lettere di dimissione	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):firma digitale sul 100% delle lettere di dimissioni -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% delle lettere di dimissioni -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% delle lettere di dimissioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% delle lettere di dimissioni	20	20	99,00	99,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 17/08/2023 il Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì ha comunicato che sono in fase di definizione le statistiche dal CED; dalle statistiche interne risultano firmate digitalmente l' 87,5% delle lettere di dimissione per il periodo gennaio-luglio 2023. Si è sollecitata comunque l'apposizione della firma digitale nella riunione di reparto del 27 luglio 2023. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che dalle statistiche interne risultano firmate digitalmente il 91% delle lettere di dimissione per il periodo agosto-dicembre 2023. L'obiettivo è da ritenersi pertanto PARZIALMENTE RAGGIUNTO.	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 91%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA IL 85% E IL 99%)


<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 66 di 257</div>									
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica pazienti non-COVID in terapia intensiva	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica - pazienti non covid	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): > 75% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):> 60 e ≤75% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):≥ 40 e ≤60% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo non raggiunto (<60%):< 40% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 17/08/2023 il Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì ha comunicato i dati relativi al periodo dall' 1/1/23 al 31/7/23 : la mediana della durata della terapia antibiotica empirica risulta essere di 2 giorni. I dati sono stati ottenuti dal software Prosafe - Giviti. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il Direttore della SC Anestesia e Rianimazione Mondovì, Dott. Blangetti, con mail del 09/02/2024 conferma che dai dati ottenuti dal software proSAFE GIVITI la mediana della terapia antibiotica empirica per l'anno 2023 risulta essere di 2 giorni.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 69 di 257	
Trattamento della sclerosi multipla - Appropriatezza prescrittiva farmaci utilizzati	sub 1) Report a cadenza semestrale con la Farmacia di condivisione dei casi clinici affrontati. sub 2) Segnalazione alla Farmacia dei pazienti intolleranti/mancata risposta per cui si sia reso necessario shift a un farmaco DMD a costo maggiore.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): sub 1) Due report entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 sub 2) 100% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):sub 1) Un report entro 30/06/2023 sub 2) > o uguale 98% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):sub 1) Un report entro 31/12/2023 sub 2) >95% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo non raggiunto (<60%):sub 1) Nessun report entro 31/12/2023 sub 2) <95%pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera	1020	100,00100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente: sub 1) raggiunto 100%; sub 2) raggiunto 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
						VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della Farmacia Ospedaliera conferma la condivisione del report semestrale e che non sono pervenute segnalazioni alla Farmacia di shift a DMD a costo maggiore.			

Direttore:

BRUNETTI CARLO (dal 01/06/2023) - ROSANO SILVIA (Direttore sostituto - fino al 31/05/2023)

Struttura:

S.C. FARMACIA OSPEDALIERA

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	25	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata trasmissione dei dati	20	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto. VERIFICA ANNUALE: si conferma la relazione infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
---	--	---	----	----	--------	--------	---	--	---

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	25	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA ANNUALE: con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La macro area DAM segnala difficoltà diffuse nel rispetto della dotazione iniziale (monitoraggio al II trim 2023). La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
							VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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.		

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div>Legenda dei Pesi:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 72 di 257</div>									
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	15	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati interamente i contenuti afferenti all'area di competenza presenti sul vecchio sito. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 73 di 257

Direttore:

BRUNO ILARIO

Struttura:

S.S. RELAZIONI CON IL PUBBLICO - COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA (Interaziendale con AO S. Croce dip

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1:

99,80 %

Media 2:

99,50 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	45	25	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	20	50	99,00	99,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 83%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI ALL'83%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA L'83% E IL 99%).

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 74 di 257</div>									
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	.	L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%
<div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 25/03/2024, (Prot. 41258 del 25/03/2024) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%</div>									
Sito internet aziendale - Revisione	Supporto alle Strutture Aziendali nella gestione della revisione del sito aziendale attraverso un percorso di formazione entro aprile 2023.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Supporto alle Strutture Aziendali e effettuazione formazione entro aprile 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato supporto alle Strutture.	15	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che la Struttura ha provveduto ad effettuare la formazione prevista degli operatori che interverranno sul nuovo sito entro aprile 2023. Viene inoltre fornito un costante supporto alle diverse strutture che operano sul sito. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che sono stati effettuati e completati tutti i corsi formativi previsti. E' stato fornito un costante supporto sull'inserimento dei contenuti al fine di risolvere le problematiche emerse ed aiutare le diverse strutture nel corretto caricamento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L.CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 75 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	20	25	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha coordinato le attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed le attività di formazione e i lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo al coordinamneto generale ed all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha coordinato,nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, la stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) e le attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) La Struttura ha coordinato le azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale 2023. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div> <div><div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
Pagina 76 di 257									
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità 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 necessità 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 necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione -Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione	20	25	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti, in particolare nelle attività di programmazione ed esecuzione programmi PLP. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica/Ambiente, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Promozione ed implementazione attività odontoiatrica in ambito pediatrico	Attivazione di iniziative di educazione sanitaria in termini di corretta igiene orale nelle scuole. Riorganizzazione e potenziamento attività ambulatori pediatrici per prevenzione e trattamenti minimamente invasivi. Formazione dei PLS per invio pazienti negli ambulatori di pedodonzia.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS entro maggio 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro luglio 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS entro giugno 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro agosto 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dele linee guida e condivisione con i PLS entro luglio 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro settembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata organizzazione delle attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS. Mancata produzione di materiale informativo per le scuole.	20	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che è stato presentato il progetto relativo all'obiettivo e condiviso in occasione del comitato PLS entro maggio 2023 in tale occasione si è costituito un gruppo di lavoro . Il responsabile SSD Promozione della Salute ha comunicato entro luglio 2023 la produzione di materiale informativo per le scuole e progettato un WEBINAIR sul tema specifico della prevenzione odontoiatrica in età evolutiva. Al fine di potenziare le attività ambulatoriali di pedodonzia è stato richiesto un iniziale incremento delle ore ambulatoriali presso il Distretto S.O. (SUD-OVEST) quest'ultimo in termini di ore disponibili in rapporto alla popolazione residente si presenta come il più carente. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100% tenendo conto degli indicatori e standard previsti. Si sottolinea all'indirizzo dei componenti del gruppo di lavoro di perfezionare ulteriormente le modalità di azione in merito alla prevenzione delle patologie odontoiatriche in età evolutiva (prevenzione durante la fase perinatale). Infine allo scopo di dare attuazione più capillare alle attività di prevenzione primarie si suggerisce l'utilizzo di ulteriori figure professionali come quella dell'igienista dentale. VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	10	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIO NE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. In collaborazioen con il Dipartimento di Prevenzione è stato effettuato il lavoro di verifica dei contenuti e si è già provveduto a caricare parte di quanto necessario. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%


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			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>			
						Pagina 78 di 257			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA	PLP - PAISA a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023; c) Rendicontazione PAISA 2022 e programmazione PAISA 2023 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione di almeno 80% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2023; 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023 c) Mancata rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2023; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione	30	40	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b) La Struttura sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2023 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023 (prot. 0062481 del 15/05/2023). L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b)La Struttura 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 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023. 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 dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 79 di 257	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	<div>300</div>		<div>100,00100,00</div>		DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	<div>1020</div>		<div>100,00100,00</div>		DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo ma, in questo caso, è necessario tenere in considerazione la nota prot.n. 101213 del 7/8/2023 dove si segnala che comunica quanto segue: a_ ALLERTE i documenti allegati ai protocolli ad oggetto "Allerta" non sono stati firmati digitalmente, in quanto prodotti ed inviati esclusivamente attraverso compilazione di campi su programma regionale, a cura dei referenti designati dal Dipartimento di Prevenzione, che vi accedono tramite codice utente identificativo e password personale; b_ CERTIFICATI EXPORT per questa fattispecie è richiesta la firma autografa. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>				<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>			
<div>Pagina 80 di 257</div>											
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div> <div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div>	<div>10</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica, attività ambulatoriali e partecipazioni ai programmi PLP.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica/Ambiente, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%				
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	<div>Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</div> <div>Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</div> <div>Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</div> <div>Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60</div>	<div>20</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento l'obiettivo risulta raggiunto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%				

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 81 di 257

Direttore:

CARENA PINUCCIA (dal 02/10/2023)

Struttura:

S.S. CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	10	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 90%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PIENAMENTE RAGGIUNTO	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	a) La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). B) Con riferimento alla DGR 12-3294, richiesta, raccolta dati e predisposizione relazione primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 b) Completamento attività entro la scadenza regionale. - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini. - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata trasmissione dei dati. b) Mancata attività.	<div>30</div> <div>40</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE . SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA ANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>10</div> <div>20</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata la revisione dei contenuti e la strutturazione delle pagine rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. Sono iniziati i carimenti dei contenuti il cui completamento è previsto per dicembre 2023. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti in modo completo ed approfondito sul nuovo sito.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 83 di 257</div>	
Direttore:		CARENA PINUCCIA (Direttore Sostituto) fino al 04/09/2023								
Struttura:		S.C. INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA E CICLO DELLA PERFORMANCE								
Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):		Media 1:	99,80 %	Media 2:	99,60 %					
Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV	
			P1	P2	R1	R2				
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	10	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	20	98,00	98,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica cheLa verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 76%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 76%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98% (VALORE TRA IL 75% E L'82%).	

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 84 di 257</div>									
Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione	Attualmente la stampa della modulistica utilizzata nei reparti e servizi è affidata a Tipografie esterne. Si rende necessaria una razionalizzazione al fine di ridurre le tipologie di stampati che dovrebbero essere il più possibile omogenee a livello di presidi/reparti dell'ASL CN1. Durante la revisione sarebbe inoltre opportuno valutare l'eventuale sostituzione dei prestampati con moduli on line. Tale attività sarà propedeutica all'attivazione della cartella clinica informatizzata. La razionalizzazione comporterà anche una riduzione della giacenza presso il magazzino economale sia per quanto riguarda le tipologie che i quantitativi.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione tra il 41% e il 50% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione tra il 26% e il 40% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione tra il 15% e il 25% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione inferiore al 15% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 12/05/2023 si è tenuto un incontro in modalità Cisco Webex con tutte le Strutture assegnatarie dell'obiettivo e sono stati esaminati i moduli in giacenza (forniti dalla S.S. Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri) al fine di valutare quelli: da eliminare (perché non più utilizzati), da revisionare e da mantenere. Le Direzioni Sanitarie di PP.OO. entro il mese di Giugno hanno verificato con le Strutture i moduli per i quali era necessario avere delucidazioni in merito all'utilizzo. In data 08/08/2023 incontro Funzione Qualità, Direzioni Sanitarie di PP.OO. e SS Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri per confronto e avvio conseguente revisione.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	a) La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). B) Con riferimento alla DGR 12-3294, richiesta, raccolta dati e predisposizione relazione primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 b)Completamento attività entro la scadenza regionale. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini. -Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata trasmissione dei dati. b) Mancata attività.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto. VERIFICA ANNUALE: si conferma la relazione infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 85 di 257	
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.	1020100,00100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. I costi del CED sono in incremento rispetto al 2022 e, come da nota prot. 0079196 DEL 20.06.2023, rispetto alla dotazione assegnata. Sono presenti interventi "a complemento" di iniziative regionali o previste dal PNRR. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Il budget è stato concordato con la Direzione Generale applicando incrementi rispetto alla dotazione storica\iniziale. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura, nei limiti della riconoscibilità delle attività "chiuse". 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.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. STANTE LA COMPLESSITÀ DELL'OBIETTIVO ASSEGNATO, CHE NON RISPONDE A PRECISE, OGGETTIVE E INEQUIVOCABILI FUNZIONI MATEMATICHE DI VALUTAZIONE, L'O.I.V. PRENDE ATTO CHE IL RAGGIUNGIMENTO SU UNA SOGLIA PARI O SUPERIORE AL 95% CONSENTE DI RITENERE SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO L'OBIETTIVO ENTRO I TERMINI STABILITI DAL REGOLAMENTO AZIENDALE, TALE DA RICONOSCERE LA PIENA VALORIZZAZIONE ECONOMICA; DI CONSEGUENZA L'O.I.V. DISPONE CHE LA VALORIZZAZIONE DEL PREDETTO OBIETTIVO CORRISPONDA AD UN VALORE PERCENTUALE PARI AL 100%			
Sito internet aziendale - Revisione	Supporto alle Strutture Aziendali nella gestione della revisione del sito aziendale attraverso un percorso di formazione entro aprile 2023.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Supporto alle Strutture Aziendali e effettuazione formazione entro aprile 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato supporto alle Strutture.	1010100,00100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che la Struttura ha provveduto al supporto nella formazione rispettando le tempistiche del target. Viene inoltre fornito un costante supporto tecnico per la gestione delle pagine VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che sono stati effettuati e completati tutti i corsi formativi previsti. E' stato fornito un costante supporto tecnico al fine di risolvere le problematiche incorse durante lo spostamento dei contenuti dal vecchio al nuovo sito.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

Direttore: **CHIAPELLO GERMANO (dal 16/05/2023)**

Struttura: **S.S.D. UROLOGIA MONDOVI'**

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	40	50	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>
						Pagina 87 di 257
Scheda "Risorse attività"	Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%): Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione.	<div>30</div>	<div>50</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. Obiettivo pienamente raggiunto.</div> <div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>

Direttore:

CHIAROLINI LUCIANO

Struttura:

S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div><div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div><div>Pagina 89 di 257</div></div></div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (92,7%). Si segnala che sia "Nr. visite ginecologiche" che "Totali Parti" non rispettano lo standard, il numero visite è comunque in miglioramento rispetto al 2022, mentre il numero parti è ulteriormente diminuito. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Le criticità della scheda risorse-attività sono relative al numero di parti e al numero di visite, entrambi inferiori allo standard. Il dott. Chiarolini, in data 6.12.2023, ha inviato lettera giustificativa al riguardo che è agli atti del Controllo di Gestione. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 90 di 257

Direttore:

CHIOZZA GLORIA

Struttura:

S.C. DISTRETTO SUD-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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 92 di 257</div>		
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving		Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)		- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro marzo: individuazione delle molecole con maggior impatto, dello standard % di prescrizione in cost saving e assegnazione obiettivi ai MMG. Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe. Entro dicembre: rispetto delle % di cost saving per le molecole individuate. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto delle % di cost saving.		<div>5</div>	<div>5</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che come da mail del Dr. Ghigo del 18/08/2023 sono stati individuati, entro i termini concordati, i farmaci cost saving di principale interesse al fine dell'obiettivo aziendale ed è stato deciso, in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, l'inserimento dell'obiettivo "Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving" nella scheda obiettivi MMG 2023. La Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
											VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale riferisce che sono stati individuati, entro i termini concordati, i farmaci cost saving di principale interesse al fine dell'obiettivo aziendale ed è stato deciso, in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, l'inserimento dell'obiettivo "Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving" nella scheda obiettivi MMG 2023. La Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Nel corso dell'anno la Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Questo ha consentito di responsabilizzare ulteriormente i MMG sulla spesa e di contenere la stessa sui livelli del 2022, a fronte di una richiesta aumentata di prestazioni. Nel contesto dell'UMAD sono state anche valutate le segnalazioni inviate dalla Farmacia territoriale di prescrizioni inappropriate o potenzialmente inappropriate. In tutti i distretti nell'ambito delle riunioni di equipe, con cadenza mensile, sono stati presentati e discussi i temi relativi all'appropriatezza prescrittiva ed ai farmaci cost saving. Nel mese di dicembre risultano raggiunte a livello aziendale le percentuali di cost saving per le molecole individuate.	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva		a) Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali. b) Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.		- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti. b) Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni. - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali. b) Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.		<div>5</div>	<div>5</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo al momento risulta raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
											VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 93 di 257	
Promozione ed implementazione attività odontoiatrica in ambito pediatrico	Attivazione di iniziative di educazione sanitaria in termini di corretta igiene orale nelle scuole. Riorganizzazione e potenziamento attività ambulatori pediatrici per prevenzione e trattamenti minimamente invasivi. Formazione dei PLS per invio pazienti negli ambulatori di pedodonzia.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS entro maggio 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro luglio 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS entro giugno 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro agosto 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dele linee guida e condivisione con i PLS entro luglio 2023. Produzione di materiale informativo per le scuole entro settembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata organizzazione delle attività e definizione delle linee guida e condivisione con i PLS. Mancata produzione di materiale informativo per le scuole.	<div>5</div> <div>5</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che è stato presentato il progetto relativo all'obiettivo e condiviso in occasione del comitato PLS entro maggio 2023 in tale occasione si è costituito un gruppo di lavoro . Il responsabile SSD Promozione della Salute ha comunicato entro luglio 2023 la produzione di materiale informativo per le scuole e progettato un WEBINAIR sul tema specifico della prevenzione odontoiatrica in età evolutiva. Al fine di potenziare le attività ambulatoriali di pedodonzia è stato richiesto un iniziale incremento delle ore ambulatoriali presso il Distretto S.O. (SUD-OVEST) quest'ultimo in termini di ore disponibili in rapporto alla popolazione residente si presenta come il più carente. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100% tenendo conto degli indicatori e standard previsti. Si sottolinea all'indirizzo dei componenti del gruppo di lavoro di perfezionare ulteriormente le modalità di azione in merito alla prevenzione delle patologie odontoiatriche in età evolutiva (prevenzione durante la fase perinatale). Infine allo scopo di dare attuazione più capillare alle attività di prevenzione primarie si suggerisce l'utilizzo di ulteriori figure professionali come quella dell'igienista dentale. VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Riduzione del numero delle sedi decentrate	Graduale riduzione del numero delle sedi decentrate con individuazione entro aprile dei criteri in base a dati di attività, di popolazione e di percorsi e presentazione delle proposte di riduzione o chiusura delle sedi decentrate e chiusura e riduzione del 100% delle sedi individuate con la Direzione Generale entro ottobre 2023.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Chiusura e riduzione del 100% delle sedi individuate con la Direzione Generale entro ottobre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Individuazione entro aprile dei criteri in base a dati di attività, di popolazione e di percorsi e presentazione delle proposte di riduzione o chiusura delle sedi decentrate. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata individuazione dei criteri e presentazioni proposte e mancata chiusura e riduzione delle sedi individuate dalla Direzione Generale.	<div>5</div> <div>5</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 55912 del 28/04/2023 il Dott. Ghigo ha trasmesso le relazioni predisposte dai Direttori di Distretto. L'obiettivo al momento risulta raggiunto al 100% per avvenuta presentazione ipotesi entro i tempi richiesti. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che In data 18.9.2023 la Direzione Generale ha convocato una riunione, alla quale hanno partecipato il direttore del Dipartimento di Prevenzione, il Direttore del Dipartimento per l'Integrazione Territoriale, i Direttori di Dipartimento e la Responsabile del Patrimonio, mirata ad individuare le sedi della ASL CN1 dislocate sul territorio che, a seguito delle analisi condotte dalle strutture competenti e presentate entro la scadenza richiesta dall'obiettivo, potevano essere chiuse o riorganizzate nell'ottica della spendig review. Il verbale dell'incontro è agli atti della segreteria di direzione. Le azioni inserite nel cronoprogramma concordato con scadenza 30.10.2023 si sono concluse entro i termini previsti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
				Pagina 94 di 257					
Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa, con particolare riguardo alla spesa della NPI. 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.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	35	55	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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.									
VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la verifica del raggiungimento, su indicazione della Direzione Generale considerate le azioni svolte a livello dipartimentale, è stata effettuata sul totale dei quattro distretti. La spesa complessiva sui fattori produttivi monitorati, oggetto di verifica dell'obiettivo, è inferiore rispetto al budget assegnato ed è ridotta dell'1% anche rispetto all'anno 2022. L'obiettivo pertanto è pienamente raggiunto.									

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>				
						Pagina 95 di 257				
Sito internet aziendale - Revisione		Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata una revisione dei contenuti rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. E' stata caricata la pagina strutturale relativa al distretto di competenza e vi è stato il supporto alla direzione amministrativa distrettuale per gli obblighi previsti da amministrazione trasparente. Il lavoro procede regolarmente e si prevede il completo caricamento entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: CILIA GIANFRANCO

Struttura: S.S.D. CONSULTORI FAMILIARI

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 98,20 % Media 2: 98,20 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	20	20	91,00	91,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 63%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PARZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 63%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 91% (VALORE TRA IL 60% E IL 74%)

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 97 di 257</div>	
Scheda "Risorse attività"	Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione.	<div>50</div>	<div>80</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 98 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/23 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 91%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 99 di 257</div>									
<div><div><div><div><div>La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori - Revisione procedura</div><div>In collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management revisione della Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori</div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30.09.2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31.12.2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata</div><div><div>20</div><div>20</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div><div>DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE</div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/07/2023 il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale comunica che la procedura PGSQ040 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori è stata rivista e ultimata dal Dipartimento di Salute Mentale (con il SERD) in collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management.</div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constatata una piena collaborazione con i Servizi del DSM, il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Medicina del Lavoro e il Risk Management.</div></div></div>									
<div><div><div><div><div>Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance</div><div>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.</div><div>- 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.</div><div><div>10</div><div>20</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div><div>DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'</div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.</div><div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div></div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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.</div></div></div>									

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div> <div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div> <div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div> <div>Pagina 100 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	10	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati interamente i contenuti afferenti all'area di competenza VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: COPPOLA PIETRO

Struttura: S.C. UROLOGIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 102 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (97%). Si segnala che il numero di visite è al di sotto dello standard prefissato. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) La somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non è stato rispettato il target inserito sull'indicatore relativo al numero di visite urologiche (1800). Il numero di visite effettivamente erogate dalla struttura nel 2023 è stato pari a 1434. Va considerato tuttavia che l'azienda aveva stipulato (già a partire da metà 2021), anche attraverso i fondi messi a disposizione per il recupero delle liste d'attesa, una convenzione con uno specialista ambulatoriale di branca Urologia per affiancare la SC Urologia di Savigliano nell'attività ambulatoriale. La struttura ha così riorganizzato in parte la propria attività dedicandosi maggiormente all'attività di ricovero e di formazione in sala. Complessivamente (conteggiando anche l'attività dello Specialista Ambulatoriale) nell'area NORD è stato erogato lo stesso numero di Prime Visite Urologiche del 2019. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: CRAVERO MAURO (Direttore sostituto)

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			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
						Pagina 104 di 257	
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA	PLP - PAISA a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023; c) Rendicontazione PAISA 2022 e programmazione PAISA 2023 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).	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione di almeno 80% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2023; 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023 c) Mancata rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2023; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione</div>	<div><div>20</div><div>30</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b) La Struttura sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2023 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023 (prot. 0062481 del 15/05/2023). L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b)La Struttura 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 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023. 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 dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>	


<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div><div><div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 105 di 257</div></div></div>									
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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)	.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
<div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.</div>									
Completamento Front Office Amministrativo Veterinario Integrato	L'obiettivo rappresenta la seconda fase di un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione. E' finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le sedi dipartimentali non coinvolte nella prima fase: Saluzzo e Cuneo. Si concretizza in poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (5 su 5) al 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (4 su 5 e 1 strutturale) al 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (3 su 5 e 2 strutturali) al 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato completamento strutturale ed operativo degli ultimi due sportelli integrati dipartimentali	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che l'unità amministrativa della sede di Boves sta collaborando in modo integrato con le altre Strutture di Sicurezza Alimentare sulla sede di Cuneo. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati attivati ed avviati gli sportelli integrati (front-office unico) anche presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo.La Struttura ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha collaborato in modo integrato con le altre Strutture di Sicurezza Alimentare sulla sede di Cuneo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
						Pagina 106 di 257			
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	1015100,00100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Integrazione servizi veterinari	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	- 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	1015100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	RELAZIONE INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il Personale della Struttura ha svolto le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	2025100,00100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 107 di 257</div>		
Direttore:		DALMASSO FRANCESCA									
Struttura:		S.S. CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE									
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					
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	30	50	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 108 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	Produzione e pubblicazione alle strutture aziendali delle Schede "Risorse/Attività" con supporto alle strutture richiedenti per il monitoraggio periodico e per la preparazione della presentazione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Produzione e trasmissione della reportistica di controllo. Supporto alle Strutture richiedenti per il monitoraggio periodico e per la preparazione della presentazione. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Produzione e trasmissione alle Strutture della reportistica di controllo. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata produzione e trasmissione alle Strutture della reportistica di controllo	<div>40</div>	<div>50</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con il supporto di tutta la Sua Struttura ha prodotto e pubblicato alle strutture aziendali le Schede "Risorse/Attività", monitorando periodicamente l'andamento e supportando i direttori e i capi dipartimento sull'analisi delle eventuali criticità. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che nel corso dell'anno il Controllo di Gestione ha organizzato ed effettuato almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività durante gli incontri di dipartimento, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate. Per la valutazione del TARGET sull'obiettivo 'Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività"' il servizio si è reso disponibile alla preparazione della presentazione. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		
<div>Pagina 109 di 257</div>									
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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Ambulatorio cardio nefro-metabolico Area Nord	Attivazione di un ambulatorio cardio-nefro-metabolico ASL CN1 - Area Nord	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione ambulatorio entro 30/06/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Attivazione ambulatorio entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Attivazione ambulatorio entro 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun ambulatorio attivato entro il 31/12/2023	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato attivato a partire da maggio 2023. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato avviato dal 16/5/2023 e sono state effettuate n. 17 visite.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi di ablazione	Interventi ablazione destra transcateretere ASL CN1 per il Presidio Ospedaliero di Mondovì e il Presidio Ospedaliero di Savigliano	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione 1/2 Presidi entro il 31/03/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Attivazione 2/2 Presidi entro il 30/06/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Attivazione 1/2 Presidi entro il 30/06/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Attivazione 2/2 Presidi entro il 30/09/2023	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che a Savigliano le ablazioni destre sono state effettuate a partire da Gennaio 2023. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che a Savigliano la prima procedura è stata effettuata in data 08/02/2023 e sono state eseguite complessivamente n. 9 procedure.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<h1>Verifica Finale Budget 2023</h1> <h2>Obiettivi per Struttura</h2>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 110 di 257	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	10	15	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorso SYNCOPE UNIT	Definizione protocollo diagnostico del paziente con sincope ed attivazione del percorso SYNCOPE UNIT.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza protocollo diagnostico ed attivazione percorso per paziente ricoverato entro 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Presenza protocollo diagnostico entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Presenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Assenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che è stato costituito il gruppo di lavoro con identificazione dei referenti per la stesura protocollo. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che il documento organizzativo della Syncope Unit è stato definito a Settembre 2023 (cfr mail del 29/09/2023). Sono stati valutati n. 17 pazienti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 111 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	10	15	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Trattamento dell'ipercolesterolemia - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	Sub 1) Report a cadenza semestrale con la Farmacia di condivisione dei casi clinici affrontati Sub 2) [OLD Segnalazione alla Farmacia dei pazienti intolleranti/mancata risposta alla statina] Analisi dei piani terapeutici di PCSK9 e passaggio ad altra classe terapeutica per pazienti con età superiore ad anni 80. In caso di rinnovo questo deve essere motivato da dettagliata relazione clinica	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): sub 1) Due report entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 sub 2) [OLD100% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] totalità dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):sub 1) Un report entro 30/06/2023 sub 2)[OLD ≥98% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] sub 2) 80% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):sub 1) Un report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD >95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo non raggiunto (<60%):sub 1) Nessun report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD <95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera.]< 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente:sub 1) raggiunto 100%; sub 2) In data 15.09.2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera, su autorizzazione della Direzione Sanitaria, ha modificato l'indicatore e il target. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera comunica che il report semestrale è stato condiviso con i clinici prescrittori. Sono stati approfonditi casi clinici selezionati, valutati i costi delle terapie e l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti. Sono stati rilevati 6 pazienti over 80 in trattamento con inibitori PCSK9. Per tali casi clinici è stata redatta la relazione clinica prevista dall'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%



A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 113 di 257

Direttore:

DUTTO DARIO (dal 19/03/2023) - ATTUCCI ALBERTO (fino al 18/03/2023)

Struttura:

S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE


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			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
						Pagina 114 di 257	
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA		PLP - PAISA a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023; c) Rendicontazione PAISA 2022 e programmazione PAISA 2023 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione di almeno 80% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2023; 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023 c) Mancata rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2023; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione	2030100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b) La Struttura sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2023 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023 (prot. 0062481 del 15/05/2023). L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b)La Struttura 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 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023. 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 dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 115 di 257	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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)	.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Completamento Front Office Amministrativo Veterinario Integrato	L'obiettivo rappresenta la seconda fase di un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione. E' finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le sedi dipartimentali non coinvolte nella prima fase: Saluzzo e Cuneo. Si concretizza in poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (5 su 5) al 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (4 su 5 e 1 strutturale) al 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (3 su 5 e 2 strutturali) al 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato completamento strutturale ed operativo degli ultimi due sportelli integrati dipartimentali	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della Struttura ha partecipato al gruppo di lavoro dipartimentale, alle riunioni presso le sedi interessate, alla stesura del manuale operativo e sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo nelle sedi individuate, secondo la tempistica prevista, VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati attivati ed avviati gli sportelli integrati anche presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo.La Struttura ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter, le procedure da adottare e redatto il relativo manuale operativo e ha svolto attività integrata sulle sedi di Cuneo e Saluzzo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L.CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direzione (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 116 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	1015100,00100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Integrazione servizi veterinari	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	- 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	1015100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	RELAZIONE INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il Personale della Struttura ha svolto le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	2025100,00100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorsi fra le Medicine Interne in ottica di complessità clinica e non assistenziale. Interazione con DEA ai fini dell'inquadramento precoce del setting del paziente.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Definizione di almeno 2 percorsi entro il 30/06/2023. Attuazione dei 2 percorsi entro il 31/12/2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 30/06/2023. Attuazione del percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relaziona quanto segue: Allo stato attuale sono stati identificati i percorsi con il DEA di competenza e sono stati definiti inoltre dei percorsi tra le Medicine onde categorizzare i pazienti ed avviarli alle degenze sulla base delle diverse caratteristiche. Di seguito i verbali: Verbale del 27/6/23 dell'incontro tra i Direttori delle SSCC Medicine per la realizzazione di incontri formativi sulle principali tematiche cliniche di comune osservazione. Verbale incontro Dirigenti delle SSCC dei Dipartimenti coinvolti nell'interazione dell'obiettivo (Medicina Generale e Riabilitativo, DEU). Nei mesi successivi verranno esperite le azioni per la realizzazione di quanto approvato. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto illustrato nelle verifica infrannuale e comunica la realizzazione dei percorsi definiti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div><div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div><div>Pagina 118 di 257</div></div></div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: DUTTO LUCA (Direttore temporaneo)

Struttura: S.C. MEDICINA INTERNA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorsi fra le Medicine Interne in ottica di complessità clinica e non assistenziale. Interazione con DEA ai fini dell'inquadramento precoce del setting del paziente.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Definizione di almeno 2 percorsi entro il 30/06/2023. Attuazione dei 2 percorsi entro il 31/12/2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 30/06/2023. Attuazione del percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relaziona quanto segue: Allo stato attuale sono stati identificati i percorsi con il DEA di competenza e sono stati definiti inoltre dei percorsi tra le Medicine onde categorizzare i pazienti ed avviarli alle degenze sulla base delle diverse caratteristiche. Di seguito i verbali: Verbale del 27/6/23 dell'incontro tra i Direttori delle SSCC Medicine per la realizzazione di incontri formativi sulle principali tematiche cliniche di comune osservazione. Verbale incontro Dirigenti delle SSCC dei Dipartimenti coinvolti nell'interazione dell'obiettivo (Medicina Generale e Riabilitativo e DEU). Nei mesi successivi verranno esperite le azioni per la realizzazione di quanto approvato. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto illustrato nelle verifica infrannuale e comunica la realizzazione dei percorsi definiti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 120 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (90,7%). Si segnala sfioramento dei costi sia FARMACI che ALTRI COSTI a fronte di un aumento di attività di ricovero. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. La medicina di Savigliano ha incrementato notevolmente il numero di PL (50 PL medi nel 2023 contro i 40 PL medi degli anni precedenti) e soprattutto durante i picchi influenzali ha dovuto gestire un numero considerevole di pazienti in appoggio presso altri reparti (TO medio 2023 è stato infatti del 107%). Le giornate di degenza effettive sono incrementate del 24% circa rispetto al 2022 e al 2019. Il dott. Dutto comunica inoltre, con nota agli atti del Controllo di Gestione, che dall'analisi effettuata sulla spesa farmaceutica l'incremento è legato soprattutto all'aumento di: IG Vena e Eltrombopag (somministrati su indicazioni degli ematologi) e Fidaxomicina (la cui prescrizione avviene secondo linee guida). Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 121 di 257

Direttore:

FEOLA MAURO

Struttura:

S.C. CARDIOLOGIA MONDOVI'

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi di ablazione	Interventi ablazione destra transcateretere ASL CN1 per il Presidio Ospedaliero di Mondovì e il Presidio Ospedaliero di Savigliano	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione 1/2 Presidi entro il 31/03/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Attivazione 2/2 Presidi entro il 30/06/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Attivazione 1/2 Presidi entro il 30/06/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Attivazione 2/2 Presidi entro il 30/09/2023	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che a Mondovì le ablazioni destre sono state effettuate a partire da Dicembre 2022. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che a Mondovì la prima procedura è stata effettuata al Dicembre 2022 e sono state effettuate complessivamente n. 63 procedure.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 122 di 257</div>	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	<div><div>10</div><div>15</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>		RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%				
Percorso SYNCOPE UNIT	Definizione protocollo diagnostico del paziente con sincope ed attivazione del percorso SYNCOPE UNIT.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza protocollo diagnostico ed attivazione percorso per paziente ricoverato entro 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Presenza protocollo diagnostico entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Presenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Assenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023	<div><div>10</div><div>15</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che è stato costituito il gruppo di lavoro con identificazione dei referenti per la stesura protocollo. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che il documento organizzativo della Syncope Unit è stato definito a Settembre 2023 (cfr mail del 29/09/2023). Sono stati valutati n. 17 pazienti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%					
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.	<div><div>10</div><div>15</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO					

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div>Pagina 123 di 257</div></div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	20	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (96,2%). Si segnala aumento della "% Costi su ricavi" rispetto al target con trend in peggioramento rispetto a gen-mag. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Trattamento dell'ipercolesterolemia - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	Sub 1) Report a cadenza semestrale con la Farmacia di condivisione dei casi clinici affrontati Sub 2) [OLD Segnalazione alla Farmacia dei pazienti intolleranti/mancata risposta alla statina] Analisi dei piani terapeutici di PCSK9 e passaggio ad altra classe terapeutica per pazienti con età superiore ad anni 80. In caso di rinnovo questo deve essere motivato da dettagliata relazione clinica	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): sub 1) Due report entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 sub 2) [OLD100% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] totalità dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):sub 1) Un report entro 30/06/2023 sub 2)[OLD ≥98% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] sub 2) 80% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):sub 1) Un report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD >95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo non raggiunto (<60%):sub 1) Nessun report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD <95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera.]< 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente:sub 1) raggiunto 100%; sub 2) In data 15.09.2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera, su autorizzazione della Direzione Sanitaria, ha modificato l'indicatore e il target. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera comunica che il report semestrale è stato condiviso con i clinici prescrittori. Sono stati approfonditi casi clinici selezionati, valutati i costi delle terapie e l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti. Sono stati rilevati 6 pazienti over 80 in trattamento con inibitori PCSK9. Per tali casi clinici è stata redatta la relazione clinica prevista dall'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 124 di 257

Direttore:

FIORELLI 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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 125 di 257	
Gestione dei codici bianchi	Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro maggio : Presenza della procedura e delle istruzioni operative (evidenza documentale su format Qualità) e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della procedura e delle istruzioni operative e mancata attivazione ambulatorio entro la data richiesta.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Implementazione di un servizio di contatto telefonico tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali	Implementazione di un servizio di contatto telefonico specialistico che consenta ai MMG/PLS di prenotare chiamate di confronto con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, su temi generici relativi a problematiche, consigli e chiarimenti legati alla specialità clinica di competenza del medico. Individuazione delle discipline per le quali potrebbe essere utile implementare il servizio Attivazione di un canale comunicativo diretto (su prenotazione) tra i MMG/PLS e i medici specialisti ospedalieri.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/05/2023. Avvio attività entro il 30 giugno 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 30/06/2023. Avvio attività entro il 31 luglio 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/07/2023. Avvio attività entro il 31 agosto 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato avvio attività.	10	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che le fasi di processo per il raggiungimento dell'obiettivo hanno previsto inizialmente l'istituzione di un gruppo di lavoro. Tale gruppo ha sviluppato l'organizzazione dell'attività e definito i protocolli per l'espletamento delle stesse elaborando un cronoprogramma delle azioni. Le tempistiche definite a target sono state rispettate. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100 %. VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>										<div>Legenda dei Pes:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>	
										Pagina 126 di 257	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti.</div> <div>- Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali.</div>	<div>10</div>	<div>10</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo al momento risulta raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
			VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.								
Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione	Attualmente la stampa della modulistica utilizzata nei reparti e servizi è affidata a Tipografie esterne. Si rende necessaria una razionalizzazione al fine di ridurre le tipologie di stampati che dovrebbero essere il più possibile omogenee a livello di presidi/reparti dell'ASL CN1. Durante la revisione sarebbe inoltre opportuno valutare l'eventuale sostituzione dei prestampati con moduli on line. Tale attività sarà propedeutica all'attivazione della cartella clinica informatizzata. La razionalizzazione comporterà anche una riduzione della giacenza presso il magazzino economale sia per quanto riguarda le tipologie che i quantitativi.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione tra il 41% e il 50% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione tra il 26% e il 40% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino</div> <div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione tra il 15% e il 25% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione inferiore al 15% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino</div>	<div>10</div>	<div>10</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 12/05/2023 si è tenuto un incontro in modalità Cisco Webex con tutte le Strutture assegnatarie dell'obiettivo e sono stati esaminati i moduli in giacenza (forniti dalla S.S. Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri) al fine di valutare quelli: da eliminare (perché non più utilizzati), da revisionare e da mantenere. Le Direzioni Sanitarie di PP.OO. entro il mese di Giugno hanno verificato con le Strutture i moduli per i quali era necessario avere delucidazioni in merito all'utilizzo. In data 08/08/2023 incontro Funzione Qualità, Direzioni Sanitarie di PP.OO. e SS Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri per confronto e avvio conseguente revisione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
			VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come risulta dalla nota prot 108300 del 23/08/23, le strutture interessate si sono più volte riunite ed hanno svolto il compito assegnato nei tempi e nei modi previsti. Con mail del 03/10/23, la Referente della funzione Qualità ha comunicato che è stata conclusa la disamina di tutta la modulistica utilizzata nei PP.OO. dell'ASL CN1 dando evidenza dei moduli che non necessitano di riedizione, dei moduli da rieditare ed infine dei moduli da eliminare. La revisione ha interessato il 100% della modulistica a giacenza. Obiettivo raggiunto nei termini previsti.								
Pool amministrativi di Dipartimento	Collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile e con il Dipartimento Medico Riabilitativo nell'attuazione del progetto per la creazione di un pool di amministrativi Ospedali Area Nord.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Collaborazione con i Dipartimenti nella totale attuazione del progetto</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata collaborazione con i Dipartimenti nell'attuazione del progetto.</div>	<div>5</div>	<div>10</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 103800 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 10.08.2023 con nota Prot 102737 comunicava l'attivazione del Pool Amministrativi Area Nord trasmettendo l'elenco personale assegnato e attività svolte. Il giudizio è ampiamente positivo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
			VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come comunicato con nota del 16/05/23 Prot. n. 63007 le strutture coinvolte hanno dato attuazione al progetto bypassando la presentazione del piano operativo. Con nota del 10/08/23 prot 102737 si è relazionato in merito al primo report delle attività svolte dal pool. Con nota del 24/10/23 prot 138147 si è provveduto ad inviare ulteriore report attestante le attività svolte dal pool. Obiettivo raggiunto nei termini.								

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 127 di 257</div></div>									
Rispetto dei tempi delle pratiche del Servizio Legale	Rispondere alle richieste del Servizio Legale entro 30 gg o 5 gg lavorativi in caso di urgenza o comunque secondo specifiche del Servizio Legale.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto dei termini fissati -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto dei termini fissati.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDA LE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 22/08/2023 il Direttore della S.C. Servizio Legale riferisce che le tempistiche e i termini risultano rispettati.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2024 il Direttore della S.C.I. Servizio Legale conferma che le tempistiche e i termini risultano rispettati.	
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	10	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento è raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito La struttura ha provveduto a caricare i contenuti delle pagine di propria competenza e sta procedendo al caricamento dei contenuti delle pagine relative alle strutture complesse ospedaliere dei presidi di Mondovì e Ceva. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà entro la fine di dicembre. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 128 di 257

Direttore:

FIORETTO FRANCO

Struttura:

S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1: 99,10 %

Media 2: 98,20 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto	Aggiornamento della procedura specifica interaziendale "Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto" attraverso il coinvolgimento, per la stesura, dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Aggiornamento della stesura entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento della stesura.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 30/07/2023 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è stata elaborata la bozza della procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguito della sua approvazione verrà definito un accordo che recepisce la nostra procedura e quella elaborata dall'AO S. Croce e Carle. VERIFICA ANNUALE: In data 28/02/2024 il il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso pschico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%


<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
									Pagina 129 di 257
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	102091,0091,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio non è sufficientemente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 60%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PARZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 60%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 91% (VALORE TRA IL 60% E IL 74%)			
Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa, con particolare riguardo alla spesa della NPI. 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) 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.	2020100,00100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>
						Pagina 130 di 257
Scheda "Risorse attività"	Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività".	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione.	<div>20</div>	<div>40</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. Obiettivo pienamente raggiunto.</div> <div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): *Media 1:* 99,90 % *Media 2:* 99,80 %

19/04/2024

<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>									
<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div> <div>Obiettivi per Struttura</div>									
<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 132 di 257</div>									
Installazione nuova TAC presso l'Ospedale di Saluzzo	Installazione di una nuova TAC 128 presso l'Ospedale di Saluzzo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Installazione entro il 31/05/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Installazione entro il 10/06/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Installazione entro il 20/06/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata installazione della TAC	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che a nuova TAC è stata installata entro la fine del mese di Aprile 2023 e le attività rivolte all'utenza (esterna/interna) hanno avuto inizio dal giorno 08/05/2023. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100 % VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100% come da verifica infrannuale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Realizzazione della cappella presso l'Ospedale di Mondovì	Realizzazione della cappella presso l'Ospedale di Mondovì.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inizio dei lavori entro il 15/04/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inizio dei lavori entro il 25/04/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inizio dei lavori entro il 05/05/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato inizio lavori.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC DIREZIONE SANITARIA MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: con prot. n. 102539 del 10/08/2023 il Direttore della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì riferisce che la data di inizio lavori è stata il 30/03/2023. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. n. 19302 del 09/02/2024 il Direttore della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì riferisce che i lavori per la realizzazione della Cappella Presso l'Ospedale di Mondovì sono iniziati a marzo 2023 e sono terminati a giugno 2023. L'inaugurazione della Cappella è stata a settembre 2023. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Realizzazione della struttura di Fisiatria presso l'Ospedale di Savigliano	Realizzazione della struttura di Fisiatria presso l'Ospedale di Savigliano.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione lavori per il servizio di fisiatria entro il 30/06/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Realizzazione lavori per il servizio di fisiatria entro il 10/07/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Realizzazione lavori per il servizio di fisiatria entro il 20/07/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata realizzazione lavori	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC DIREZIONE SANITARIA SAVIGLIANO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 22/08/2023 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che i lavori concordati con la Direzione Generale ed il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo (realizzazione nuovo impianto distribuzione forza motrice, nuova illuminazione, impianto di messa a terra per locali medici di gruppo 1, nuovi pavimenti in materiale vinilico, tinteggiatura, rifacimento completo degli impianti dati e telefonici) sono stati ultimati al 30/6/23. A causa del riscontro, a lavori in corso, di segni di insalubrità delle murature di alcuni locali e dei servizi igienici, si sono iniziati a maggio 2023 i lavori di adeguamento di tali locali (risanamento di sala relax, sala riunioni, palestra, ristrutturazione completa dell'area WC) + sostituzione porte interne + tinteggiatura di gran parte del corridoio - determina n. 1269 del 23/6. Tutti i nuovi lavori edili risultano completati al 31/7; è stato eseguito il 24/7 il collegamento dei nuovi armadi di rete; si è in attesa della fornitura degli arredi sanitari dei WC. VERIFICA ANNUALE: In data 30/01/2024 la Dott.ssa Telesca conferma la relazione infrannuale già trasmessa e comunica che il trasferimento nei nuovi locali è stato ultimato a settembre 2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>
<div>Pagina 134 di 257</div>						
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>5</div> <div>5</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIO NE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza ed hanno provveduto ad inserire parte del contenuto relativo alla sezione Amministrazione Trasparente. E' stata altresì pubblicata la parte strutturale relativa alla SC. Si specifica che il lavoro di migrazione dei dati relativo agli ultimi 10 anni sarà totalmente ultimato entro la data prevista del 31/12/2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

FUSCO PATRIZIA

Struttura:

S.C. PEDIATRIA MONDOVI'

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			
Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto	Aggiornamento della procedura specifica interaziendale "Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto" attraverso il coinvolgimento, per la stesura, dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Aggiornamento della stesura entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento della stesura.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 30/07/2023 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è stata elaborata la bozza della procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguito della sua approvazione verrà definito un accordo che recepisce la nostra procedura e quella elaborata dall'AO S. Croce e Carle.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: In data 28/02/2024 il il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso pschico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 138 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (86,9%). Si segnala aumento della spesa "ALTRI COSTI" in particolare su Dispositivi medici-Presidi chirurgici (trend in miglioramento rispetto a gen-mag). VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non è stato pienamente rispettato il target riferito alla spesa relativa agli 'ALTRI COSTI' (che comprende in particolare i dispositivi medici). Lo sfioramento sui costi è stato di circa l'8% a fronte però di un incremento di valore di produzione del 14% rispetto al 2022. La struttura nel secondo semestre, a seguito di una analisi dettagliata dei costi con il Controllo di Gestione e di una riduzione delle frequenze di approvvigionamento, ha apportato un significativo correttivo sul trend (-39% rispetto al I semestre). Inoltre l'indicatore relativo all'efficienza della struttura (rapporto costi/ricavi) è notevolmente migliorato. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: GENTILE LUCA

Struttura: S.S.D. AMBIENTE, AGENTI FISICI E RADIOPROTEZIONE

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			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) La Struttura ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 140 di 257	
Collaborazione gestione dose tracking	<div>- Redazione sistema con score/punteggi di valutazione immagini per almeno una tipologia di macchina. Report LDR. - Implementazione parametri per ottimizzazione rispetto a incremento in risonanza magnetica anche in collaborazione con Istituti Pubblici. Report con export dati. - Implementazione warning su email aziendale su mancato invio/ricezione dati dosimetrici. - Informativa e/o docenza per radiologi, TSRM, protocollo distribuzione o codice corso o foglio firme.</div>	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Tutti i punti sono stati soddisfatti. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Solo tre punti sono stati soddisfatti. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Solo due punti sono stati soddisfatti. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Meno di due punti sono stati soddisfatti.</div>	<div>1015100,00100,00</div>	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati implementati i parametri per valutazioni su riscaldamento paziente ed è stata avviata ottimizzazione esami RM addome e testa (vedi abstract convegno AIFM 2023); warning operante tramite alert via posta elettronica aziendale, materiale didattico e sistema score /punteggi in preparazione; report LDR disponibile. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che Sono stati implementati parametri per le valutazioni sul riscaldamento dei pazienti ed è stato avviato il processo di ottimizzazione degli esami RM addome e testa (pubblicazione su Physica Medica - Abstracts / Physica Medica 115S1 (2023) S1-S169 "SAFETY, HEALTH AND DATA MANAGEMENT IN MRI D. Rembado1 , L. Zilberti2, U. Zanovello2, G. Firullo1 , M. Caramella1 , A. Arduino2, M. Porzio1 , L. Gentile1"). È stata implementata la funzionalità di warning qualora gli impianti Rx non inviino dati al sistema di dose tracking, operante tramite alert via email (Zimbra), come da informativa inviata con protocollo Prot. N. 0145117 del 09/11/2023. Dalla citata informativa risulta anche l'implementazione, per gli impianti TC, di un sistema di score/punteggio da assegnare alla qualità delle immagini nell'ambito della valutazione dei Livelli Diagnostici di Riferimento (LDR); si è altresì provveduto ad aggiornare il report LDR in modo che contenga tale informazione. E' disponibile su medmood il FA+H19D - ECM CN1_23_45051 "LA RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE APPROFONDIMENTI–MODULO 1 INDICATORI DI DOSE E LORO REGISTRAZIONE CON SOFTWARE AZIENDALE" oltre al corso FAD - ECM CN1_22_41331_LA RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE IN INTERVENTISTICA E DIAGNOSTICA.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>			
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	<div>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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.</div>	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.</div>	<div>1010100,00100,00</div>	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>										<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>										<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>																																											
										Pagina 141 di 257																																																					
Formazione Radioprotezione										<div><div><div><div>- Corso FAD di radioprotezione per pazienti di almeno 5 crediti per tutti i medici ex art 162 D. Lgs. 101/20. - Corso RADIOPROTEZIONE per lavoratori.</div><div>- Corso di Radioprotezione per dirigenti e preposti.</div><div>- Almeno un corso tra le priorità aziendali tra RM, CEM, laser, ottiche.</div></div></div></div>										<div><div><div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attuazione di tutti i corsi.</div><div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Solo tre corsi attuati.</div><div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Solo due corsi attuati.</div><div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Meno di due corsi attuati.</div></div></div></div>										<div><div><div>10</div><div>15</div></div></div>		<div><div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div>		DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE										<div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riporta di seguito i codici e le date degli eventi formativi erogati ed in corso di erogazione: FRONTALI con Addestramento - ECM N° 131-42509 ex art 111 D. Lgs. 101/2020 RADIOPROTEZIONE IN ASLCN1 4 Edizioni attuate 2 feb 30 mar ,25 mag, in programma 24 lug, 2 in programma 21 set ed il 16 nov FAD disponibili su medmood - ECM n.131 _43395 _AGGIORNAMENTO IN RISONANZA MAGNETICA disponibile - ECM n.131 - 42797 D. LGS. 81/08 E CAMPI ELETTROMAGNETICI IN AMBITO SANITARIO disponibile dal 15 febbraio al 30 novembre 2023 - ECM n.131 - 44336 RADIAZIONI OTTICHE NON COERENTI NEI LUOGHI DI LAVORO Dal 1 giugno al 30 novembre 2023 - n.131 - ECM La radioprotezione del paziente in interventistica e diagnostica da accreditare programma predisposto (Frontale) - ECM n.131-.131-43576 RADIOPROTEZIONE DEI DIRIGENTI E DEI PREPOSTI ex D. Lgs.101/2020 - sala Congressi Ospedale di Savigliano Ed1 23marzo attuato, in programma II ediz 21 sett - ECM CN1_22_43985 Valutazione e gestione del rischio laser per operatori SSD Ambiente e lavoratori esposti 8 Maggio Borgo San Dalmazzo.</div><div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati predisposti ed erogati tutti i corsi richiesti. Si riportano codici e date: · ECM N° 131-42509 ex art 111 D. Lgs. 101/2020 RADIOPROTEZIONE IN ASLCN1 6 Edizioni 2 feb, 30 mar, 25 mag, 24 lug, 21 set ed il 16 nov 2023 · ECM n.131 _ 44628 Sicurezza in RISONANZA MAGNETICA PARTE PRIMA Standard di sicurezza nell'esecuzione di esami RM · ECM n.131 - 42797 D. LGS. 81/08 E CAMPI ELETTROMAGNETICI IN AMBITO SANITARIO Dal 15 febbraio al 30 novembre 2023 · ECM n.131 – 44336 “RADIAZIONI OTTICHE NON COERENTI NEI LUOGHI DI LAVORO” · ECM n.131 –44845 La radioprotezione del paziente in interventistica e diagnostica dal 1 set al 30 nov. · Evento Formativo n. 45051 ECM La radioprotezione del paziente APPROFONDIMENTI–MODULO 1 Indicatori di dose e loro registrazione con software aziendale · ECM n.131-.131-43576 RADIOPROTEZIONE DEI DIRIGENTI E DEI PREPOSTI ex D. Lgs.101/2020 - sala Congressi Ospedale di Savigliano 2Edizioni 23marzo e 21 settembre · ECM CN1_22_43985 Valutazione e gestione del rischio laser per operatori SSD Ambiente e lavoratori esposti 8 Maggio Borgo San Dalmazzo.</div></div>										L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%									
Integrazione servizi medici										<div><div><div>Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.</div></div></div>										<div><div><div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div><div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div><div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div><div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione</div></div></div></div>										<div><div><div>10</div><div>15</div></div></div>		<div><div><div>100,00</div><div>100,00</div></div></div>		DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE										<div><div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti, in particolare nell'attuazione dei programmi PLP. Inoltre la Struttura coordina le Commissioni Pubblico Spettacolo con il supporto del personale Medico SISP e SIAN.</div><div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti, in particolare nell'attuazione dei programmi PLP. La Struttura coordina le Commissioni Pubblico Spettacolo con il supporto del personale Medico SISP e SIAN.</div></div>										L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%									

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 142 di 257	
RADON	<div><div>- Riprogettazione misure interrati Villa Santa Croce. Protocollo interno</div><div>- Collaborazione risanamento CSM Racconigi-report</div><div>- Inizio nuova Campagna Misure in interrati CSM Racconigi e Villa Santa Croce. Protocollo interno</div><div>- comunicazione inizio misure.</div><div>- Redazione relazione a metà campagna di misure. Protocollo interno.</div><div>- Corso o informativa su radon per operatori villa e CSM (report o verbale datati o codice corso).</div></div>	<div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Tutti i punti sono stati soddisfatti.</div><div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Solo quattro punti soddisfatti.</div><div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Solo tre punti soddisfatti.</div><div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Meno di tre punti soddisfatti.</div></div>	<div><div>10</div><div>15</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: VILLA SANTA CROCE: All'ultimazione degli interventi ex comma 3, art.17 D.Lgs.101/2020 si è provveduto a nuova progettazione di monitoraggio (prot.0011272 del 26.01.2023) ed in data 22.02.2023 sono stati posizionati n.44 nuovi dosimetri che verranno sostituiti entro fine agosto 2023 per altri sei mesi di misura. CENTRO TERAPIE PSICHIATRICHE DI RACCONIGI: la Struttura ha coadiuvato la SC S. Tecnico per incaricare l'Esperto Abilitato in Interventi di Risanamento Radon (determina n.382 del 24.02.2023), che ha prodotto idonea relazione (prot 99042 del 02/08/23). E' in corso la progettazione e sono stati già richiesti i dosimetri per le</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: VILLA SANTA CROCE All'ultimazione degli interventi ex comma 3, art.17 D.Lgs.101/2020 si è provveduto a nuova progettazione di monitoraggio prot.0011272 del 26.01.2023; ai fini del monitoraggio del 1°semestre,in data 22.02.2023 sono stati posizionati n.44 nuovi dosimetri, di cui n.42 sostituiti in data 16.08.2023 e n.2 in data 26.09.2023, per un totale quindi di n.44 nuovi dosimetri installati al fine di monitorare il 2°semestre per i quali la rimozione è prevista all'incirca a metà del mese di febbraio 2024. La relazione inerente i risultati delle misure del I° semestre è stata trasmessa con nota prot. n.0140976 del 31/10/2023. CSM RACCONIGI La Struttura ha coadiuvato la SC S. Tecnico per incaricare l'Esperto Abilitato in Interventi di Risanamento Radon (determina n.382 del 24.02.2023), che ha prodotto idonea relazione (prot 99042 del 02/08/23). Attuati gli interventi, è stata progettata e attivata una nuova campagna di misura. I dosimetri (in numero di 5) preposti al monitoraggio del 1°semestre sono stati posizionati in data 17.08.2023 e la sostituzione è prevista per la metà del mese di febbraio 2024. In data 12 settembre 2023 è stato erogato il corso "Radioprotezione Radon e Radiazioni Ionizzanti" Evento Formativo ASLCN1 131 - 20230901.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>			
Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni	<div><div>a)Collaborazione Commissione di vigilanza indicatore %R; R=esame pratiche/pratiche trasmesse da esaminare = 100% al 10/12/2023.</div><div>b)Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione per regime autorizzativo; %R=esame notifiche e richieste di nulla osta/notifiche e richieste trasmesse da esaminare =100% al 10/12/2023.</div><div>c)Collaborazione con organi regionali su RM e Domiciliare; % pareri espressi/pareri richiesti=100% al 10/12/2023.</div></div>	<div><div>.- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): R = 100%</div><div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):R > 95%</div><div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):60% ≤ R ≤ 95%</div><div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):R <60% meno di 2 corsi attuati.</div></div>	<div><div>10</div><div>15</div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che non ci sono pratiche sospese, pratiche pervenute/pratiche evase = 100% a) per la Commissione di Vigilanza, 4 b) di pertinenza del Dipartimento di prevenzione ex art 47 e 53 D. Lgs. 101/2020 sono state espressi 49 pareri. Si è costituita un nuovo organismo tecnico che ha analizzato 24 pratiche c) per la Regione Piemonte risultano espressi ad oggi 4 pareri su RM per il rilascio del nulla osta.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono state soddisfatte tutte le richieste di cui ai punti a), b), c). Nel dettaglio sono state espressi : a) per la Commissione di Vigilanza, 4 pareri e sopralluoghi b) per il Dipartimento di Prevenzione sono state analizzate ed espresso giudizio su 75 Notifiche ex art 47 e 53 D. Lgs. 101/2020(di cui 49 odontoiatriche 2 veterinarie e le restanti radiologiche o industriali) e su sette comunicazioni riguardanti il superamento dei livelli di riferimento del radon nei luoghi di lavoro . Si è costituito un nuovo organismo tecnico che ha analizzato ed espresso parere se dovuto su 35 pratiche per il rilascio dei Nulla Osta di cat B ex D. Lgs. 101/2020, c) per la Regione Piemonte risultano espressi ad oggi 7 pareri su RM per il rilascio del nulla osta ed una riunione verbalizzata per il Gruppo di Lavoro di esperti per il coordinamento dell'attività di Prevenzione e protezione della popolazione dai rischi derivanti dalle radiazioni Deliberazione 0000194/01.02/2023 del 20/10/2023 AZIENDA ZERO.</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>			

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		
				Pagina 145 di 257						
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving		Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro marzo: individuazione delle molecole con maggior impatto, dello standard % di prescrizione in cost saving e assegnazione obiettivi ai MMG. Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe. Entro dicembre: rispetto delle % di cost saving per le molecole individuate. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto delle % di cost saving.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che come da mail del Dr. Ghigo del 18/08/2023 sono stati individuati, entro i termini concordati, i farmaci cost saving di principale interesse al fine dell'obiettivo aziendale ed è stato deciso, in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, l'inserimento dell'obiettivo "Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving" nella scheda obiettivi MMG 2023. La Farmacia Territoriale ha sistematicamente monitorato il livello di prescrizione e i report sono stati mensilmente condivisi in UMAD a livello distrettuale, per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. Analogamente sono stati sistematicamente presentati e commentati i report mensili di spesa farmaceutica a livello distrettuale nelle riunioni UMAD con successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva		a) Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali. b) Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti. b) Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni. - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali. b) Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div><div>Legenda dei Pesi:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>	
				Pagina 147 di 257					
Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa, con particolare riguardo alla spesa della NPI. 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.	5	5	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	35	55	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (98,4%). Si segnala un aumento della spesa "ALTRI COSTI". VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la verifica del raggiungimento, su indicazione della Direzione Generale considerate le azioni svolte a livello dipartimentale, è stata effettuata sul totale dei quattro distretti. La spesa complessiva sui fattori produttivi monitorati, oggetto di verifica dell'obiettivo, è inferiore rispetto al budget assegnato ed è ridotta dell'1% anche rispetto all'anno 2022. L'obiettivo pertanto è pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 148 di 257</div></div>									
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	5	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito che ha preso in carico le pagine di competenza. E' stata effettuata una revisione dei contenuti rispetto a quanto pubblicato nel vecchio sito. E' stata caricata la pagina strutturale relativa al distretto di competenza e vi è stato il supporto alla direzione amministrativa distrettuale per gli obblighi previsti da amministrazione trasparente. Il lavoro procede regolarmente e si prevede il completo caricamento entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 149 di 257

Direttore:

GIAIME DARIO

Struttura:

S.S.D. TERAPIA ANTALGICA E GESTIONE ACCESSI VENOSI CENTRALI

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sulle lettere di dimissione dei pz di DH e sui referti ambulatoriali	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): firma digitale sul 100% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali	30	30	99,00	99,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 11/08/2023 il Direttore S.S.D. Terapia Antalgica e Gestione Accessi Venosi Centrali ha comunicato che dalle statistiche inviate dal CED, relative al periodo gennaio - luglio 2023, si evince una percentuale di documenti con firma digitale pari al 94% per i referti ambulatoriali e pari al 83% per le lettere di dimissioni dei DH. Si segnala che si rilevano delle episodiche criticità legate al funzionamento del programma OPERA che non sempre permette di apporre la firma digitale (quando possibile si cerca di chiedere consulenza al CED..se in orario di lavoro del CED e se compatibile con l'attività assistenziale sui pazienti...) Si segnalano alcune difficoltà sulla sede di Mondovì dovute alle precedenti modalità operative differenti della SS Terapia Antalgica Mondovì rispetto alla SSD Terapia Antalgica che ha iniziato la sua attività congiunta Savigliano-Mondovì solo a gennaio 2023 - (modalità correttiva: si ricorda periodicamente a tutti i medici della SSD l'obiettivo 2023 della firma digitale). Si segnalano infine alcuni problemi relativi ai day hospital multi accesso che risultavano in firma analogica al primo accesso per poi essere firmati in firma digitale alla dimissione del paziente dopo il secondo accesso (per cui alle rilevazioni mensili del CED confluite nelle statistiche risultavano delle mancate firme poi corrette nella rilevazione semestrale): per ovviare a questo problema di rilevazione mensile anomala si è concordato con la DS di non compilare documenti in firma analogica al primo accesso ma di fare un'unica firma digitale alla dimissione." VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771 del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che dalle statistiche trasmesse dal CED risultano per il periodo agosto- dicembre 2023 il 95,2% dei referti ambulatoriali firmati digitalmente ed il 99,4% delle lettere di dimissione dei DH firmate digitalmente. L'obiettivo è da ritenersi pertanto SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO.	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 95,2%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA IL 85% E IL 99%)

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 150 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	40	70	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: GIANOTTI LAURA (dal 16/07/2023) - SBRIGLIA MARIA STELLA (Direttore sostituto fino al 15/07/2023)

Struttura: S.C. DIABETOLOGIA 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			
Ambulatorio cardio nefro-metabolico Area Nord	Attivazione di un ambulatorio cardio-nefro-metabolico ASL CN1 - Area Nord	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione ambulatorio entro 30/06/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Attivazione ambulatorio entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Attivazione ambulatorio entro 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun ambulatorio attivato entro il 31/12/2023	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato attivato a partire da maggio 2023. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato avviato dal 16/5/2023 e sono state effettuate n. 17 visite.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
									Pagina 152 di 257
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B , individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorso SYNCOPÉ UNIT	Definizione protocollo diagnostico del paziente con sincope ed attivazione del percorso SYNCOPÉ UNIT.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza protocollo diagnostico ed attivazione percorso per paziente ricoverato entro 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Presenza protocollo diagnostico entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Presenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Assenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che è stato costituito il gruppo di lavoro con identificazione dei referenti per la stesura protocollo. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che il documento organizzativo della Syncope Unit è stato definito a Settembre 2023 (cfr mail del 29/09/2023). Sono stati valutati n. 17 pazienti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	20	35	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto con nota: i tempi di attesa della "Visita Endocrinologica" e "Ecografia capo e collo" sono oltre lo standard ma le prestazioni sono in aumento rispetto al 2022, pertanto l'obiettivo è considerato raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non sono stati rispettati i tempi di attesa della "Visita Endocrinologica" e "Ecografia Capo e collo" che risultano oltre lo standard richiesto. Va considerato tuttavia che le prestazioni sono in netto aumento rispetto al 2022 e al 2019 e che l'allungamento dei tempi d'attesa non è causato da un calo di produttività del personale Medico. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>				<div><div>Legenda dei Pesì:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>			
<div>Pagina 153 di 257</div>											
Trattamento dell'ipercolesterolemia - Appropriata prescrizione farmaci biotecnologici utilizzati	Sub 1) Report a cadenza semestrale con la Farmacia di condivisione dei casi clinici affrontati Sub 2) [OLD Segnalazione alla Farmacia dei pazienti intolleranti/mancata risposta alla statina] Analisi dei piani terapeutici di PCSK9 e passaggio ad altra classe terapeutica per pazienti con età superiore ad anni 80. In caso di rinnovo questo deve essere motivato da dettagliata relazione clinica	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): sub 1) Due report entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 sub 2) [OLD100% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] totalità dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):sub 1) Un report entro 30/06/2023 sub 2)[OLD ≥98% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] sub 2) 80% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):sub 1) Un report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD >95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera] 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica -Obiettivo non raggiunto (<60%):sub 1) Nessun report entro 31/12/2023 sub 2) [OLD <95% pazienti intolleranti alle statine a cui è stata prescritta terapia con iPCSK9 per i quali risulta inserita segnalazione sospetta reazione avversa con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera.]< 60% dei pazienti > 80 aa in terapia con PCSK9 a cui non viene rinnovato il piano terapeutico o dettagliata relazione clinica</div>	<div>10</div>	<div>15</div>	<div>100,00</div>	<div>100,00</div>	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente:sub 1) raggiunto 100%; sub 2) In data 15.09.2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera, su autorizzazione della Direzione Sanitaria, ha modificato l'indicatore e il target. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera comunica che il report semestrale è stato condiviso con i clinici prescrittori. Sono stati approfonditi casi clinici selezionati, valutati i costi delle terapie e l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti. Sono stati rilevati 6 pazienti over 80 in trattamento con inibitori PCSK9. Per tali casi clinici è stata redatta la relazione clinica prevista dall'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore:GRANETTO CRISTINA

Struttura:S.C. ONCOLOGIA AREA NORD

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Farmaci biotecnologici - Appropriatezza prescrittiva	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 95%):% pazienti ≥ 95%. -Obiettivo non raggiunto (<60%):% pazienti <95%.	30	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente: sub a) raggiunto 100%; sub b) raggiunto 100%. VERIFICA ANNAULE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera riferisce che l'utilizzo del biosimilare aggiudicato in gara SCR ha raggiunto una copertura del 100% sia sui pazienti naive che su quelli già in trattamento. Si segnala un'unica paziente ancora in trattamento con Herceptin sottocute, scelta terapeutica giustificata dalle particolari caratteristiche del caso clinico. Il sub a) e il sub b) hanno raggiunto il 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 155 di 257</div></div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	40	70	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 156 di 257

Direttore:

LAUNARO NICOLA (Direttore Sostituto)

Struttura:

S.C. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1: 99,90 %

Media 2: 99,80 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sulle lettere di dimissione e sui referti ambulatoriali	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): firma digitale sul 100% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% delle lettere di dimissioni e dei referti ambulatoriali	10	20	99,00	99,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 01/08/2023 il Direttore della S.C. Fisiopatologia Respiratoria ha comunicato che al 01/08/2023 sono stati dimessi dalla terapia intensiva 17 pazienti. Non è possibile estrapolare da Opera dati statistici riguardo la firma digitale . Per questo è stato contattato il CED che ha riferito essere in attesa di tali dati dalla ditta Per quanto riguarda le visite ambulatoriali ha fatto presente che questo non era possibile. Al momento non è possibile scrivere la visita su opera e pertanto abbiamo delle cartelle informatiche che sono archiviate nel cloud della Anestesia e rianimazione di Saluzzo, ma che non sono ovviamente firmate digitalmente. Anche a questo riguardo dopo vari contatti con il CED siamo riusciti a trovare la soluzione . Dall'inizio di Settembre dovremmo riuscire a partire con la firma digitale sulle visite ambulatoriali. Il Direttore DEU riferisce che da una statistica interna risultano firmate digitalmente il 72% delle lettere di dimissione dei pazienti dimessi dalla terapia intensiva per il periodo gennaio-luglio 2023. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che i pazienti dimessi sono stati 25 con 24 lettere di dimissione con firma digitale con una percentuale del 96% . Riguardo alla statistica ambulatoriale non è chiaro il metodo valutazione perchè in Opera non mi risulta possibile effettuare una statistica . Per quanto valutabile da quando si è avuto la possibilità di allegare il foglio di visita ad Opera (01.09.2023) tutte le visite sono state firmate digitalmente. L'obiettivo risulta pertanto SOSTANZIALMETE RAGGIUNTO.	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 96%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA IL 85% E IL 99%)

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div><div>Legenda dei Pesi:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>		<div>Pagina 157 di 257</div>	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.</div>	<div>20</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Scheda "Risorse attività"	Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività".	<div>.- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno.</div> <div>-Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione.</div>	<div>20</div> <div>40</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. Obiettivo pienamente raggiunto.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Trattamento dell'asma eosinofilo e della CRSwNP nei pazienti adulti - Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	Partecipazione ad audit a cadenza semestrale per discussione casi clinici.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Due audit entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023</div> <div>Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte.</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Un audit entro 30/06/2023</div> <div>Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte.</div> <div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Un audit entro 31/12/2023</div> <div>Con partecipazione di almeno uno specialista per Struttura.</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun audit entro 31/12/2023.</div>	<div>20</div> <div>20</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	<div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica che il 100% degli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera riferisce che gli audit si sono svolti secondo le tempistiche definite dall'obiettivo. Le riunioni hanno visto presenti i clinici prescrittori con cui i farmacisti hanno potuto interfacciarsi per approfondire casi clinici selezionati. E' stato rilevato un aumento della spesa sostenuta per questa categoria di farmaci: gli audit sono stati l'occasione per rimarcare l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 158 di 257

Direttore:

LAVEZZO BRUNA (dal 01/11/2023) - BLANGETTI ILARIA (Direttore temporaneo) fino al 31/10/2023

Struttura:

S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAVIGLIANO

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1:98,60 %Media 2:98,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sulle lettere di dimissione	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):firma digitale sul 100% delle lettere di dimissioni -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% delle lettere di dimissioni -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% delle lettere di dimissioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% delle lettere di dimissioni	20	20	93,00	93,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 17/08/2023 il Diettore S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano ha comunicato che sono in fase di definizione le statistiche dal CED; dalle statistiche interne risultano firmate digitalmente l' 84% delle lettere di dimissione per il periodo gennaio-luglio 2023. Si è sollecitata comunque l'apposizione della firma digitale nella riunione di reparto del 27 luglio 2023. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che dalle statistiche interne risultano, relativamente al periodo 01.08.2023 - 31.12.2023, firmate digitalmente l'80% delle lettere di dimissione. L'obiettivo risulta pertanto PARZIALMENTE RAGGIUNTO.	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI ALL'80%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 93%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 159 di 257</div>									
Mediana della durata della terapia antibiotica empirica pazienti non-COVID in terapia intensiva	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica - pazienti non covid	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): > 75% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):> 60 e ≤75% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):≥ 40 e ≤60% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg -Obiettivo non raggiunto (<60%):< 40% dei pazienti sottoposto a terapia antibiotica empirica per un tempo ≤ ai 4 gg	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 17/08/2023 il Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano ha comunicato i dati relativi al periodo 1/1/23 al 31/7/23 : la mediana della durata della terapia antibiotica empirica risulta essere di 3 giorni. I dati sono stati ottenuti dal software Prosafe - Giviti". VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il Direttore della SC Anestesia e Rianimazione Savigliano, Dott.ssa Lavezzo, con mail del 08/02/2024 conferma che l'analisi dei dati ottenuta sul portale Prosafe-Giviti per il periodo che va dal 1/1/2023 al 31/12/2023 evidenzia una mediana della durata della terapia antibiotica empirica di 2.5 gg.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>				<div>Pagina 160 di 257</div>				
Direttore:		LETO MARCO GIUSEPPE (Direttore Sostituto dal 26/10/2023) - GALLARATE GABRIELLA (fino al 25/0													
Struttura:		S.C. OCULISTICA 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									
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatezze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.				L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div><div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div><div>Pagina 161 di 257</div></div></div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 162 di 257

Direttore:

LORENZATI BARTOLOMEO (dal 16/07/2023) - ZOANETTI SONIA (Direttore sostituto - fino al 15/07/202

Struttura:

S.C. MEDICINA D'URGENZA SAVIGLIANO

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1: 99,85 %

Media 2: 99,80 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sui verbali di PS e sulle lettere di dimissione dei pazienti ricoverati in OBI	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):firma digitale sul 100% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni	15	20	99,00	99,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 11/08/2023 il Direttore S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano ha comunicato che tutto il personale Dipendente dell'ASLCN1 in servizio presso la Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Medicina d'Urgenza-Chirurgia-Convenzionati Area Codici Bassi) è stato sollecitato all'utilizzo della Firma Digitale in loro possesso. Alla luce delle basse percentuali registrate presso il Pronto Soccorso di Saluzzo è stato inviato nuovo sollecito al personale della Novamedica affinché TUTTI i medici siano dotati di Firma Digitale e che la utilizzino. Il Direttore DEU riferisce che dai dati inviati dal CED si evince, per il periodo gennaio - luglio 2023 per il DEA DI SAVIGLIANO una percentuale del 75% dei verbali di PS firmati digitalmente e del 93% delle lettere di dimissione dei pazienti ricoverati in OBI; per il PS di SALUZZO (turni espletati quasi totalmente da personale esterno della coop. Novamedica) una percentuale del 28% dei verbali di PS firmati digitalmente. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il DEA DI SAVIGLIANO ha registrato, nel periodo agosto-dicembre, un netto miglioramento, passando da una percentuale del 75% ad una percentuale del 87% dei verbali di PS firmati digitalmente (trend in crescita) e una lieve deflessione della firma digitale nei pazienti ricoverati in Medicina d'Urgenza. L'obiettivo risulta pertanto PARZIALMENTE RAGGIUNTO.	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI ALL'87%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA IL 85% E IL 99%)

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div> <div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div> <div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 163 di 257</div></div>									
Gestione dei codici bianchi	Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro maggio : Presenza della procedura e delle istruzioni operative (evidenza documentale su format Qualità) e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della procedura e delle istruzioni operative e mancata attivazione ambulatorio entro la data richiesta.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Istituzione figura infermiere supervisor DEA	Istituzione della figura dell'infermiere supervisor 7 giorni su 7 ed inizio attività sul Dea di Savigliano	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): istituzione di tale figura ed inizio attività entro il 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):istituzione di tale figura ed inizio attività entro il 15/10/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):istituzione di tale figura ed inizio attività entro il 15/11/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):non istituzione di tale figura	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che nel mese di gennaio 2023 è stato emesso il DOCdeur066 Profilo di competenza della funzione infermieristica operativa di "Emergency Manager-Nurse Supervisor" presso Pronto Soccorso dell'Ospedale Savigliano rev00. Dal mese di febbraio 2023 è stata istituita la figura dell' infermiere Supervisor che è presente 7 giorni su 7 nel Dea di Savigliano. VERIFICA ANNUALE:con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che viene confermato, con mail del 15,02,2024 da parte del Direttore della SC Medicina d'urgenza Savigliano, Dott. Lorenzati, quanto già illustrato nella verifica infrannuale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 164 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (83,3 %). Si segnala che la percentuale di codici bianchi è al di sotto dello standard e in riduzione anche rispetto al 2022. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non è stato completamente rispettato il target relativo alla % di codici bianchi rispetto al totale degli accessi. Tuttavia il Direttore Sanitario, in considerazione dell'ancor elevato ricorso, nel 2023, a medici gettonisti delle Cooperative che si sono dimostrati meno flessibili rispetto ai ripetuti richiami del direttore della struttura, in assenza, per la maggior parte dei casi, di criteri oggettivi definiti in merito alla loro codifica, considera l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Stesura protocolli su stemi, urosepsi e gestione paziente psichiatrico in DEA	Stesura protocolli su stemi, urosepsi e gestione paziente psichiatrico in DEA.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura dei tre protocolli entro il 31/10/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):stesura dei tre protocolli entro il 15/11/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):stesura dei tre protocolli entro il 30/11/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):mancata stesura dei tre protocolli al 31/12/2023	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail dell'11/08/2023 il Direttore della S.C. Medicina D'Urgenza Savigliano ha comunicato che sono stati presi accordi con S.C. Medicina d'Urgenza di Mondovì per la stesura congiunta di tali protocolli e sono stati istituiti i gruppi di lavoro. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il Direttore della SC Medicina d'urgenza di Savigliano, Dott. Lorenzati, con mail del 15/02/2024 conferma che i protocolli in questione sono stati completati, redatti su apposito format ed inviati al Dipartimento in data 27/10/2023. La raccolta firme per la successiva pubblicazione dal parte dell'Ufficio Qualità del protocollo sulla gestione del paziente psichiatrico in DEA risulta essere in corso (si attende, per la sua pubblicazione, la correlata procedura OBI Monospecialistici) . Mentre il protocollo sulla gestione dell'urosepsi e dello STEMI resteranno procedure interne ad uso della due SC Medicina d'Urgenza Savigliano e Mondovì in attesa di essere inserite in nuove procedure in corso di revisione sul Dolore Toracico e sulla Colica renale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: MANZINI PAOLA MARIA (Direttore dal 17/04/2023) - BALBO RICCARDO (Direttore sostituto fino al 16/

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che al momento l'obiettivo risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 166 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Ambulatorio cardio nefro-metabolico Area Nord	Attivazione di un ambulatorio cardio-nefro-metabolico ASL CN1 - Area Nord	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione ambulatorio entro 30/06/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Attivazione ambulatorio entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Attivazione ambulatorio entro 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun ambulatorio attivato entro il 31/12/2023	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato attivato a partire da maggio 2023. VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che l'ambulatorio è stato avviato dal 16/5/2023 e sono state effettuate n. 17 visite.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 167 di 257	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatelyzze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.</div>	<div><div>15</div><div>20</div></div>	<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Percorso SYNCOPE UNIT	Definizione protocollo diagnostico del paziente con sincope ed attivazione del percorso SYNCOPE UNIT.	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza protocollo diagnostico ed attivazione percorso per paziente ricoverato entro 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Presenza protocollo diagnostico entro 30/09/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Presenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Assenza protocollo diagnostico entro il 31/12/2023</div>	<div><div>15</div><div>20</div></div>	<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	DIRETTORE DIP. MEDICO SPECIALISTICO	<div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2023 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che è stato costituito il gruppo di lavoro con identificazione dei referenti per la stesura protocollo.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con prot. n. 26641 del 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che il documento organizzativo della Syncope Unit è stato definito a Settembre 2023 (cfr mail del 29/09/2023). Sono stati valutati n. 17 pazienti.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Scheda "Risorse attività"	<div>A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.</div>	<div>TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</div>	<div><div>25</div><div>40</div></div>	<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	<div>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore: MELI MASSIMILIANO

Struttura: S.C. MEDICINA LEGALE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,90 % Media 2: 99,90 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
--	--	--	----	---	--------	--------	---	--	---

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>						<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		
<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>								
<div>Pagina 169 di 257</div>								
Contenimento dei tempi di attesa degli stati invalidanti		Contenimento dei tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati invalidanti (Invalidità civile, cecità civile, handicap, disabilità) a 180 giorni. L'obiettivo coinvolge sia il personale medico che il comparto		- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati invalidanti a 180 giorni -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati invalidanti da 181 a 185 giorni -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati invalidanti da 186 a 190 giorni -Obiettivo non raggiunto (<60%):tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati invalidanti superiori a 190 giorni		<div>1015100,00100,00</div>	<div>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che nonostante la carenza del personale medico e l'aumento delle istanze pervenute, allo stato attuale, è stata comunque garantita 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 160 giorni).</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che nel corso del 2023 il servizio ha subito un'ulteriore carenza di personale medico rispetto all'anno 2022. L 'attività è stata comunque garantita sututte le sedi, nel rispetto dell'obiettivo assegnato anche effettuando sedute di invalidità aggiuntive comprensive della giornata di sabato.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli		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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.		- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.		<div>101099,0099,00</div>	<div>DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio non è sufficientemente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo ma, in questo caso, è necessario tenere in considerazione la nota prot. n. 101293 del 07/08/2023, dove si segnala che la S.C. Medicina Legale ha acquisito documenti quali provvedimenti e certificati medico-legali con timbro e firma autografa senza l'utilizzo della firma digitale a seguito di espressa richiesta degli Enti riceventi competenti (INPS per lavoratrici madri, Comune per rilascio disco contrassegno, Tribunale per compatibilità carceraria, Procura per medicina necroscopica, etc..).</div> <div>VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 85%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO</div>	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI ALL'85%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99% (VALORE TRA L'83% E IL 99%).

<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>									
<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div> <div>Obiettivi per Struttura</div>									
<div><div><div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 170 di 257</div>									
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità 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 necessità 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 necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione -Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che l'integrazione della S.C. Medicina Legale con gli altri servizi medici del Dipartimento di Prevenzione continua attraverso la disponibilità e il supporto alle esigenze organizzative. Inoltre la Struttura coordina le Commissioni sugli Stati Invalidanti con il supporto del personale Medico SPRESAL, SIAN, SISP e Distretti. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che nel corso del 2023 è stata mantenuta l'integrazione del Personale della S.C. Medicina Legale con quello degli altri servizi medici del Dipartimento di Prevenzione attraverso la disponibilità e il supporto alle esigenze organizzative dipartimentali. La Struttura coordina le Commissioni sugli Stati Invalidanti con il supporto del personale Medico SPRESAL, SIAN, SISP ed extradipartimentale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
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: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 171 di 257</div>	
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	<div>10</div> <div>30</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che l'obiettivo è considerato raggiunto per valutazione complessiva dipartimentale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	<div>10</div> <div>10</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. In collaborazioen con il Dipartimento di Prevenzione è stato effettuato il lavoro di verifica dei contenuti e si è già provveduto a caricare parte di quanto necessario. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà entro dicembre 2023 VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore: MELLANO STEFANIA

Struttura: S.S. FARMACIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div></div></div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div>Pagina 173 di 257</div></div>									
Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving	Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e del ricorso al cost saving con particolare riguardo all'attivazione di forme di risparmio attraverso la prescrizione di confezioni più grandi (con prezzi unitari minori)	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro marzo produzione mensile della reportistica ASL CN1 utile al distretto per la comunicazione delle molecole interessate ai MMG e per il monitoraggio attivo dell'attività. Presenza della reportistica da trasmettere mensilmente ai Distretti. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza di reportistica mensile	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SS FARMACIA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 20/08/2023 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale ha riferito che dal mese di marzo è stata prodotta ed inviata mensilmente ai Distretti la reportistica di monitoraggio dei farmaci cost-saving concordata, per la condivisione in UMAD a livello distrettuale e per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 la Responsabile della S.S. Farmacia Territoriale riferisce che dal mese di marzo è stata prodotta ed inviata mensilmente ai Distretti la reportistica di monitoraggio dei farmaci cost-saving concordata, per la condivisione in UMAD a livello distrettuale e per la successiva condivisione con tutti i MMG in riunione di equipe di assistenza territoriale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
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.	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce 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 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. E' stata effettuata una verifica dei contenuti e sono state predisposte le pagine sul nuovo sito. E' già stato inserito inoltre parte di testo invariato rispetto alla precedente versione del sito nelle sezioni individuate e predisposte. Entro fine anno si provvederà alla messa a punto degli aggiornamenti necessari ed alla successiva pubblicazione VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L.CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 176 di 257</div>									
<div><div><div>Direttore:</div><div>MONTU' DOMENICO</div></div><div><div>Struttura:</div><div>S.C. S.I.S.P.</div></div><div>Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):<div>Media 1:100,00 %Media 2:100,00 %</div></div></div>									
Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) La Struttura ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>					<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>					<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div> <div>Pagina 177 di 257</div>				
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%					
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità 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 necessità 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 necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione -Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica, partecipazioni ai programmi PLP. Inoltre la Struttura coordina l'attività ambulatoriale con il supporto del personale Medico SPRESAL, SIAN, UVOS. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica/Ambiente, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP. La Struttura coordina l'attività ambulatoriale con il supporto del personale Medico SPRESAL, SIAN, UVOS.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%					

Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata trasmissione dei dati	10	15	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto. VERIFICA ANNUALE: si conferma la relazione infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
---	--	---	----	----	--------	--------	--	--	---

Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>98% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 98%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	30	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è parzialmente raggiunto (80,7 %). Si segnala un aumento della spesa "FARMACI" (Vaccini) e "ALTRI COSTI" (Spese Legali). VERIFICA ANNUALE: Con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è considerato raggiunto per valutazione complessiva dipartimentale come da nota su scheda risorse/attività	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
---------------------------	--	--	----	----	--------	--------	--	--	---

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			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 180 di 257	
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA	PLP - PAISA a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023; c) Rendicontazione PAISA 2022 e programmazione PAISA 2023 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione di almeno 80% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2023; 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023 c) Mancata rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2023; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione	2030100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b) La Struttura sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2023 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023 (prot. 0062481 del 15/05/2023). L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista. Il Dipartimento di Prevenzione svolge funzione di governance di tutta l'attività di programmzione, pianificazione e controllo relativa al Paisa per il tramite dello specifico gruppo di progetto, deliberato con provvedimento ASL CN1 n.220 del 21/06/2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 181 di 257	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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)	.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Completamento Front Office Amministrativo Veterinario Integrato	L'obiettivo rappresenta la seconda fase di un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione. E' finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le sedi dipartimentali non coinvolte nella prima fase: Saluzzo e Cuneo. Si concretizza in poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (5 su 5) al 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (4 su 5 e 1 strutturale) al 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (3 su 5 e 2 strutturali) al 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato completamento strutturale ed operativo degli ultimi due sportelli integrati dipartimentali	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della Struttura ha partecipato al gruppo di lavoro dipartimentale, alle riunioni presso le sedi interessate, alla stesura del manuale operativo e sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo nelle sedi individuate, secondo la tempistica prevista, VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati attivati ed avviati gli sportelli integrati anche presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo.La Struttura ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter, le procedure da adottare e redatto il relativo manuale operativo e ha svolto attività integrata sulle sedi di Cuneo e Saluzzo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 182 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	1015100,00100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Integrazione servizi veterinari	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	- 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	1015100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	RELAZIONE INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il Personale della Struttura ha svolto le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	2025100,00100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento risulta raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 183 di 257
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 per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	15	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	25	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 184 di 257	
Gestione dei codici bianchi	Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):Entro aprile: aggiornamento elenco disponibilità MMG convenzionati interni, per implementare attività codici bianchi in DEA in ragione del fabbisogno (evidenza documentale). -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento entro aprile dell'elenco disponibilità MMG convenzionati interni, per implementare attività codici bianchi in DEA in ragione del fabbisogno.	10	25	100,00	100,00	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE 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	VERIFICA ANNUALE: con mail del 25/03/2024, (Prot. 41258 del 25/03/2024) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - 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%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 185 di 257</div>				
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.		<div>1025100,00100,00</div>	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'		VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) il monitoraggio, in fase di programmazione mensile, della spesa del personale ha sin qui consentito di operare in allineamento alle previsioni. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Sito internet aziendale - Revisione		Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.		-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.		<div>510100,00100,00</div>	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIO NE E UFFICIO STAMPA		VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati quasi interamente i contenuti afferenti all'area Risorse Umane. I contenuti ancora presenti sul vecchio sito e linkati sul nuovo verranno ricondotti entro i termini previsti dal progetto VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.		L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 186 di 257

Direttore:

ORIGLIA MAURIZIO

Struttura:

S.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1:

97,30 %

Media 2:

95,50 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	30	50	91,00	91,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che LI verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 66%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PARZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 66%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 91% (VALORE TRA IL 60% E IL 74%)

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 187 di 257</div>	
<div>Pubblicazione nominativi Dirigenti e Preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008 intranet aziendale</div>		<div>Implementazione nella pagina intranet - SPP "Soggetti della prevenzione" dei nominativi dei Dirigenti e Preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008, con le seguenti modalità: 1)Verifica nomine Dirigenti e Preposti anche in seguito all'aggiornamento dell'Atto aziendale 2)Individuazione nuovi dirigenti e preposti con modulistica aziendale (Deliberazione 373/2017) 3)Creazione elenco nominativo Dirigenti e Preposti e pubblicazione sulla intranet aziendale al link SPP.</div>	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Pubblicazione nomine Dirigenti e Preposti entro il 30/11/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Pubblicazione intranet aziendale elenco nomine Preposti (mancata pubblicazione sulla intranet aziendale) entro il 30/11/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Pubblicazione intranet aziendale elenco nomine Dirigenti (mancata pubblicazione sulla intranet aziendale) entro il 30/11/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Verifica nomine Dirigenti e Preposti (mancata pubblicazione sulla intranet aziendale) entro il 30/11/2023.</div>	<div>40</div> <div>50</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE</div> <div>SS SERVIZIO</div> <div>PREVENZIONE</div> <div>E PROTEZIONE</div>	<div>VERIFICA INFRANNUALE: In data 24/07/2023 il Responsabile della SS Servizio Prevenzione e Protezione comunica che si sta procedendo con la richiesta e con l'aggiornamento dei nominativi dei Dirigenti e dei Preposti delle varie strutture aziendali. Conseguentemente è in corso la revisione dei dati nella pagina SPP del sito intranet. La realizzazione dell'obiettivo si sta svolgendo come ipotizzato senza riscontrare al momento particolari problematiche</div> <div>VERIFICA ANNUALE: in data 26/01/2024 il Responsabile della SS Servizio Prevenzione e Protezione comunica chela Struttura ha provveduto ad aggiornare i nominativi dei Dirigenti e dei Preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008 per le varie strutture aziendali; tale elenco è stato pubblicato nella pagina SPP del sito intranet al link: staff/prevenzione_e_protezione/soggetti_della_prevenzione</div>	<div>L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%</div>	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 188 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) La Struttura ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>					<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>			<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 189 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che LI verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 66%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PARZIALMENTE RAGGIUNTO	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Integrazione servizi medici	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): il numero di interventi vicarianti effettuati ha soddisfatto il 100% delle necessità 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 necessità 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 necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione -Obiettivo non raggiunto (<60%):il numero di interventi vicarianti effettuati è inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che continua l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura, in particolare nelle attività di programmazione ed esecuzione programmi PLP ed attività ambulatoriali vaccinali VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che anche nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura, in particolare nelle attività di programmazione ed esecuzione programmi PLP ed attività ambulatoriali vaccinali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 190 di 257

Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	<div>25</div> <div>40</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è parzialmente raggiunto (89,5 %). Si segnala un aumento della spesa "ALTRI COSTI" in particolare su Cancelleria e Stampanti. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che l'obiettivo è considerato raggiunto per valutazione complessiva dipartimentale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
---------------------------	--	--	-----------------------------	-------------------------------------	--	--	---

Direttore:PAZZAIA TONI

Struttura:S.C. OTORINOLARINGOIATRIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div><div>Pagina 192 di 257</div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	25	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (96,1%). Si segnala che il numero di visite, benchè in aumento rispetto al 2022, non raggiunge il target prefissato. Inoltre la "% Costi su Ricavi", anch'essa in miglioramento, è ancora oltre lo standard di riferimento. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Trattamento dell'asma eosinofilo e della CRSwNP nei pazienti adulti - Appropriately prescrittivi farmaci biotecnologici utilizzati	Partecipazione ad audit a cadenza semestrale per discussione casi clinici.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Due audit entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Un audit entro 30/06/2023 Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Un audit entro 31/12/2023 Con partecipazione di almeno uno specialista per Struttura. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun audit entro 31/12/2023.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica che il 100% degli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera riferisce che gli audit si sono svolti secondo le tempistiche definite dall'obiettivo. Le riunioni hanno visto presenti i clinici prescrittori con cui i farmacisti hanno potuto interfacciarsi per approfondire casi clinici selezionati. E' stato rilevato un aumento della spesa sostenuta per questa categoria di farmaci: gli audit sono stati l'occasione per rimarcare l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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

19/04/2024

Implementazione di un servizio di consegna e restituzione dei dispositivi medici di piccole dimensioni	Implementazione di un servizio di consegna e restituzione dei dispositivi medici di piccole dimensioni attraverso l'individuazione delle sedi di consegna/restituzione e organizzazione del servizio.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro aprile 2023 e inizio attività da maggio 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro maggio 2023 e inizio attività da giugno 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli con definizione delle tempistiche e dei ruoli entro giugno 2023 e inizio attività da luglio 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata organizzazione attività e definizione dei protocolli e mancato inizio attività.	<div>20</div> <div>40</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che con nota prot 102740 del 10 agosto 2023 la Struttura comunicava un giudizio positivo sull'obiettivo inoltrando la relazione prot 101537 della DAT che dettagliava l'organizzazione del progetto attivato il 22 maggio 2023. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come da standard condivisi, le strutture coinvolte hanno definito protocolli e tempistiche del progetto entro il mese di aprile 2023 e attivato lo stesso dal mese di maggio 2023 (comunicazione DAT prot 0101537 del 08/0/2023). In data 22/12/23 con nota prot. 165887, il Responsabile della SSD Protesica e Integrativa ha comunicato i dati relativi alle singole tipologie di presidio consegnati dagli infermieri territoriali in occasione degli accessi per le cure a domicilio degli assistiti. Obiettivo raggiunto nei termini previsti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
--	---	--	---	-------------------------------	---	---

Manutenzione esternalizzata ausili protesica	Valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica.	- 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 95%):Produzione (dopo sollecito) di reportistica trimestrale che evidenzi il controllo effettuato -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata produzione di reportistica trimestrale	<table><tr><td>25</td><td>30</td></tr></table> <table><tr><td>100,00</td><td>100,00</td></tr></table>	25	30	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. PER L'INTEGRAZION E TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. n. 108702 del 24/08/2023 il Direttore per l'Integrazione territoriale riferisce che dalla documentazione agli atti risulta la produzione tempestiva, rispetto alla disponibilità dei dati, intorno alla metà del mese successivo,deila reportistica trimestrale utile alla valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata degli ausili di protesica relativa ai primi due trimestri del 2023, in linea con il pieno raggiungimento dell'obiettivo. Tale tempestività consente di condividere in modo più efficace le informazioni con i servizi interessati VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore del Dipartimento per l'integrazione territoriale comunica che dalla documentazione agli atti risulta la produzione tempestiva nel corso del 2023, rispetto alla disponibilità dei dati, relativi allareportistica trimestrale prevista, utile alla valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata degli ausili di protesica. Tale tempestività consente di condividere in modo più efficace le informazioni con i servizi interessati	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
25	30									
100,00	100,00									

Direttore:

PEROGLIO CARUS ALICE

Struttura:

S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICA MONDOVI'

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div><div><div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 196 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (93,3%). Si segnala che sia "Nr.visite ginecologiche" sia "% Costi su Ricavi" non rispettano lo standard. Il trend è comunque in miglioramento rispetto al 2022. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div></div>									
<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div></div>									
<div>Pagina 198 di 257</div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. - Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%) Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	30	60	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 199 di 257

Direttore:

POGGIO DIEGO

Struttura:

S.C. LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	35	10	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 201 di 257	
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.	1520100,00100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La macro area DAM segnala difficoltà diffuse nel rispetto della dotazione iniziale (monitoraggio al II trim 2023). La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce che la ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale 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. Si sono riscontrati alcuni ritardi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture, per questioni procedurali -ora risolte-. Le fatture, 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.	STANTE LA COMPLESSITÀ DELL'OBIETTIVO ASSEGNATO, CHE NON RISPONDE A PRECISE OGGETTIVE E INEQUIVOCABILI FUNZIONI MATEMATICHE DI VALUTAZIONE, L'O.I.V. PRENDE ATTO CHE IL RAGGIUNGIMENTO SU UNA SOGLIA PARI O SUPERIORE AL 95% CONSENTE DI RITENERE SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO L'OBIETTIVO ENTRO I TERMINI STABILITI DAL REGOLAMENTO AZIENDALE, TALE DA RICONOSCERE LA PIENA VALORIZZAZIONE ECONOMICA; DI CONSEGUENZA L'O.I.V. DISPONE CHE LA VALORIZZAZIONE DEL PREDETTO OBIETTIVO CORRISPONDA AD UN VALORE PERCENTUALE PARI AL 100%			
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	510100,00100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. Sono ad oggi stati riportati interamente i contenuti afferenti all'area di competenza VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

A.S.L.CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 202 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 203 di 257</div>	
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 per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 204 di 257</div></div>									
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorso intra aziendale relativo alla gestione delle disabilità del pavimento pelvico. Interazione con i Dipartimento Materno Infantile e Dipartimento Chirurgico.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 30/06/2023. Stesura di 1 percorso clinico organizzativo e relativo avvio -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 30/09/2023. Stesura percorso clinico organizzativo. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Riunione interdipartimentale organizzativa entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relazona quanto segue: Allo stato attuale l'obiettivo è avviato su diversi percorsi stante l'intersezione degli stessi nel processo di cura. Prima riunione interdipartimentale del 27/6/2023 Prot. 0084414 del 30.6.2023 di definizione del percorso dell'incontinenza femminile non neurogena attraverso flow-chart. Seconda riunione interdipartimentale sul percoroso dell'incontienza femminile non neurogena del 08/08/2023 di stesura delle azioni per singola specialità, integrazione percorso e relativa flow-chart. Prima riunione interdipartimentale in data 26/7/2023 sull'incontinenza rinaria post prostatectomia con condivisione della flow chart e successive osservazioni integrazioni. Terza riunione interdipartimentale sull'incontinenza femminiel non neurogena prevista per 11/09/2023. seconda riunione interdipartimentale su incontinenza post prostatectomia da definire. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto illustrato nelle verifica infrannuale e comunica la realizzazione dei percorsi definiti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): [(OLD DA LUGLIO) (OLD DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato.)] Entro OTTOBRE: Formazione agli operatori delle Strutture individuate per la sperimentazione per l'utilizzo del nuovo software per la prenotazione dei pasti somministrati ai degenti ed attivazione del servizio in tali strutture a decorrere dal MESE DI NOVEMBRE. - Obiettivo non raggiunto (<60%): (OLD Mancata prenotazione pasti) Mancata prenotazione informatica dei pasti nelle strutture individuate dal MESE DI NOVEMBRE.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è gia' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore della S.C. Logistica e DAPO, preso atto che sono stati modificati gli standard di raggiungimento dell'obiettivo come da nota prot 139685 del 27/10/23, comunica che i corsi di formazione al personale coinvolto sono stati effettuati nelle giornate del 27 e 30 Ottobre 2023. Successivamente, come risulta dalla comunicazione prot. 143036 del 06/11/23 allegata alla nota prot. 24667 del 20/02/2024, la sperimentazione è stata avviata sulle sedi ospedaliere di Ceva e Fossano dal giorno 06/11/23. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	25	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 205 di 257

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
NBCR pre-ospedaliera - Progettazione procedura	Progettazione procedura specifica NBCR (Nucleare - Biologico - Chimico - Radiologico) pre-ospedaliera	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): progettazione procedura entro il 31/12/2023 - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata progettazione della procedura	70	100	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che la procedura è in fase di stesura alla luce delle nuove acquisizioni post frequenza corsi NBCR presso la Scuola Interforze di Rieti di 2 medici della S.C. Maxiemeregenza 118". VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che la procedura specifica NBCR pre - ospedaliera è stata redatta e trasmessa al Direttore di Dipartimento in data 29.12.2023.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>			<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 206 di 257</div>	
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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV	
			P1	P2	R1	R2				
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	35	15	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	35	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE 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	.	L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%
VERIFICA ANNUALE: con mail del 25/03/2024, (Prot. 41258 del 25/03/2024) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale 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	.	L'OIV dell'ASL CN2 riferisce la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo al 100%
VALUTAZIONE ANNUALE: con nota del 08/8/2024 (prot. 48371 del 09/04/2024) l'OIV dell'ASL CN2 comunica la valutazione positiva obiettivi budget 2023 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati									

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 208 di 257</div>	
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	35	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) il monitoraggio, in fase di programmazione mensile, della spesa del personale ha sin qui consentito di operare in allineamento alle previsioni. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e contabilità riferisce 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	15	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. E' in atto la revisione di parte dei contenuti mentre altri sono già stati caricati sul nuovo sito. Il lavoro procede regolarmente secondo le tempistiche concordate. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: **RISSO FRANCESCO**

Struttura: **S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 95,10 % Media 2: 95,10 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto	Aggiornamento della procedura specifica interaziendale "Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto" attraverso il coinvolgimento, per la stesura, dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Aggiornamento della stesura entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento della stesura.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 30/07/2023 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è stata elaborata la bozza della procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguito della sua approvazione verrà definito un accordo che recepisce la nostra procedura e quella elaborata dall'AO S. Croce e Carle.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: In data 28/02/2024 il il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso pschico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
									Pagina 210 di 257
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	51,00	51,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio non è sufficientemente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 44 %. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare NON RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 44%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 51% (VALORE INFERIORE AL 60%)
La contenzione in SPDC - Revisione procedura	Revisione della procedura del 2016 "La contenzione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura".	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/07/2023 il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale comunica che la revisione della procedura del 2016 "La contenzione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" è stata rivista e aggiornata da parte delle Equipe degli SPDC in collaborazione con i Servizi Territoriali. VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce che l' obiettivo è stato pienamente raggiunto con revisione della procedura delle contenzioni in SPDC . Si è constatata una piena collaborazione con l'Equipe degli SPDC del Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi Territoriali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori - Revisione procedura	In collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management revisione della Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30.09.2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31.12.2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/07/2023 il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale comunica che la procedura PGSQ040 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori è stata rivista e ultimata dal Dipartimento di Salute Mentale (con il SERD) in collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management. VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constata una piena collaborazione con i Servizi del DSM, il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Medicina del Lavoro e il Risk Management.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div> <div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div> <div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 211 di 257</div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: **RISSO FRANCESCO (Direttore temp.)**

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

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 95,10 % Media 2: 95,10 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto	Aggiornamento della procedura specifica interaziendale "Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scompenso Psicico Acuto" attraverso il coinvolgimento, per la stesura, dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Aggiornamento della stesura entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato aggiornamento della stesura.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 30/07/2023 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è stata elaborata la bozza della procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguito della sua approvazione verrà definito un accordo che recepisce la nostra procedura e quella elaborata dall'AO S. Croce e Carle.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: In data 28/02/2024 il il Direttore del Dipartimento Materno Infantile comunica che è definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso pschico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 213 di 257</div>									
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	51,00	51,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio non è sufficientemente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che La verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 22%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare NON RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL 22%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 51% (VALORE INFERIORE AL 60%)
La contenzione in SPDC - Revisione procedura	Revisione della procedura del 2016 "La contenzione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura".	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30/09/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/07/2023 il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale comunica che la revisione della procedura del 2016 "La contenzione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" è stata rivista e aggiornata da parte delle Equipe degli SPDC in collaborazione con i Servizi Territoriali. VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto con revisione della proceduradelle contenzioni in SPDC . Si è constatata una piena collaborazione con l'Equipe degli SPDC del Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi Territoriali.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori - Revisione procedura	In collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management revisione della Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione effettuata entro il 30.09.2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione effettuata entro il 31.12.2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione non effettuata -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione non effettuata	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE DI SALUTE MENTALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/07/2023 il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale comunica che la procedura PGSQ040 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori è stata rivista e ultimata dal Dipartimento di Salute Mentale (con il SERD) in collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, Medicina del Lavoro e Risk Management. VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale riferisce che l'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Si è constata una piena collaborazione con i Servizi del DSM, il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Medicina del Lavoro e il Risk Management.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div> <div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div> <div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 214 di 257</div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata prenotazione pasti.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%) Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%) Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto (99,2%). VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 215 di 257

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Controllo e gestione del boarding	Applicazione indicazione contenute nelle linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding; in particolare nella fascia oraria 8.00-20.00, si richiede il rispetto dello standard massimo di 60' per le esecuzioni delle consulenze ortopediche.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Presenza della relazione da parte dei Direttori DEA -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della relazione dei Direttori DEA.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che dai dati trasmessi dal Controllo di Gestione nel periodo gennaio - giugno 2023, nella fascia oraria 8 - 20, sono state espletate entro i 60 minuti 2.960 consulenze ortopediche sulle 4371 consulenze richieste. (percentuale pari al 67,7%) . VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che in data 15/02/2024 il Direttore della SC Medicina d'urgenza di Savigliano, Dott. Lorenzati relaziona che i dai dati trasmessi dal Controllo di Gestione nel periodo luglio - dicembre 2023, nella fascia oraria 8 - 20, sono state espletate entro i 60 minuti previsti 3098 consulenze ortopediche sulle 4694 consulenze richieste. (percentuale pari al 66%). Il dato risulta stabile rispetto alla prima metà dell'anno 2023 e presenta sicuramente margini di miglioramento.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 216 di 257

Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriatelyzze, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	SOSPESO - Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	SOSPESO - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): (OLD DA LUGLIO) DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato. - Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata prenotazione pasti.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot. 0139685 del 27/10/23, approvata dalla Direzione Amministrativa, è stato sospeso l'obiettivo per le strutture non coinvolte nella formazione.	L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO. OBIETTIVO SOSPESO

Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	25	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: ROSSI ROBERTO (Direttore sostituto)

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			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
						Pagina 218 di 257	
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA		PLP - PAISA a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023; c) Rendicontazione PAISA 2022 e programmazione PAISA 2023 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione di almeno 80% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 70% delle attività programmate nel PAISA 2023; aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; c) Rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; realizzazione almeno del 60% delle attività programmate nel PAISA 2023; 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 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023 c) Mancata rendicontazione del PAISA 2022 e predisposizione e stesura del PAISA 2023 entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte con il PRISA 2023; mancata realizzazione di oltre il 40% delle attività programmate nel PAISA 2023; mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione	2030100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b) La Struttura sta contribuendo, per quanto di competenza, all'attuazione delle attività previste nel PLP. Il monitoraggio ad Agosto 2023 evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023 (prot. 0062481 del 15/05/2023). L'attività di controllo ufficiale, pianificata in ambito aziendale, è in fase di attuazione; la sua registrazione è eseguita sulle piattaforme regionali VETALIMENTI-ARVET-INFOMACELLI e sui sistemi informativi nazionali dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (prot n 27456 del 28.02.2023) e programmazione delle attività 2023 (prot. n 70466 del 31/05/2023). b)La Struttura 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 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo. c) Il PAISA 2022 è stato rendicontato nei termini previsti (prot. 0026979 del 28/02/2023). La programmazione PAISA 2023 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 2023. 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 dedicati, nel rispetto della tempistica dei flussi informativi prevista.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div><div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div><div>Pagina 219 di 257</div></div></div>									
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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)	.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Completamento Front Office Amministrativo Veterinario Integrato	L'obiettivo rappresenta la seconda fase di un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione. E' finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le sedi dipartimentali non coinvolte nella prima fase: Saluzzo e Cuneo. Si concretizza in poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (5 su 5) al 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (4 su 5 e 1 strutturale) al 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Completamento operativo degli sportelli integrati dipartimentali (3 su 5 e 2 strutturali) al 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato completamento strutturale ed operativo degli ultimi due sportelli integrati dipartimentali	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della Struttura ha partecipato al gruppo di lavoro dipartimentale, alle riunioni presso le sedi interessate, alla stesura del manuale operativo e sta contribuendo alla realizzazione dell'obiettivo nelle sedi individuate, secondo la tempistica prevista, VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che sono stati attivati ed avviati gli sportelli integrati anche presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo.La Struttura ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo nel rispetto del cronoprogramma. Il personale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro dipartimentale che ha definito l'iter, le procedure da adottare e redatto il relativo manuale operativo e ha svolto attività integrata sulle sedi di Cuneo e Saluzzo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 220 di 257	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolario di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	1015100,00100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è parzialmente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Integrazione servizi veterinari	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	- 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	1015100,00100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	RELAZIONE INFRANNUALE: Con nota prot. 107759 del 22/08/2023 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il personale della struttura sta svolgendo le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce che il Personale della Struttura ha svolto le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	2025100,00100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 221 di 257

Direttore:

SAGLIETTI ANDREA (dal 02/10/2023)

Struttura:

S.S. INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA

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 per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	10	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 90%. Di conseguenza, l'obiettivo è da considerare PIENAMENTE RAGGIUNTO	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione tra il 41% e il 50% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione tra il 26% e il 40% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione tra il 15% e il 25% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione inferiore al 15% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino	1020100,00100,00	DIRETTORE SC . LOGISTICA E DAPO	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come risulta dalla nota prot 108300 del 23/08/23, le strutture interessate si sono più volte riunite ed hanno svolto il compito assegnato nei tempi e nei modi previsti. Con mail del 03/10/23, la Referente della funzione Qualità ha comunicato che è stata conclusa la disamina di tutta la modulistica utilizzata nei PP.OO. dell'ASL CN1 dando evidenza dei moduli che non necessitano di riedizione, dei moduli da rieditare ed infine dei moduli da eliminare. La revisione ha interessato il 100% della modulistica a giacenza. Obiettivo raggiunto nei termini previsti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	a) La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). B) Con riferimento alla DGR 12-3294, richiesta, raccolta dati e predisposizione relazione primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 b)Completamento attività entro la scadenza regionale. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini. -Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata trasmissione dei dati. b) Mancata attività.	2020100,00100,00	RESPONSABILE . SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI	VERIFICA ANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div> <div>Pagina 223 di 257</div>					
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.		<div><div>1020100,00100,00</div></div>		DIRETTORE SC . BILANCIO E CONTABILITA'		VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Il budget è stato concordato con la Direzione Generale applicando incrementi rispetto alla dotazione storica\iniziale. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura, nei limiti della riconoscibilità delle attività "chiuse". 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.		STANTE LA COMPLESSITÀ DELL'OBIETTIVO ASSEGNATO, CHE NON RISPONDE A PRECISE, OGGETTIVE E INEQUIVOCABILI FUNZIONI MATEMATICHE DI VALUTAZIONE, L'O.I.V. PRENDE ATTO CHE IL RAGGIUNGIMENTO SU UNA SOGLIA PARI O SUPERIORE AL 95% CONSENTE DI RITENERE SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO L'OBIETTIVO ENTRO I TERMINI STABILITI DAL REGOLAMENTO AZIENDALE, TALE DA RICONOSCERE LA PIENA VALORIZZAZIONE ECONOMICA; DI CONSEGUENZA L'O.I.V. DISPONE CHE LA VALORIZZAZIONE DEL PREDETTO OBIETTIVO CORRISPONDA AD UN VALORE PERCENTUALE PARI AL 100%	
Sito internet aziendale - Revisione		Supporto alle Strutture Aziendali nella gestione della revisione del sito aziendale attraverso un percorso di formazione entro aprile 2023.		-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Supporto alle Strutture Aziendali e effettuazione formazione entro aprile 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato supporto alle Strutture.		<div><div>1010100,00100,00</div></div>		RESPONSABILE . SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIO NE E UFFICIO STAMPA		VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che sono stati effettuati e completati tutti i corsi formativi previsti. E' stato fornito un costante supporto tecnico al fine di risolvere le problematiche incorse.		L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 224 di 257

Direttore:

SAGLIONE GIAN LUCA

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	20	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L.CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 225 di 257</div>	
Vigilanza strutture	Attività di vigilanza	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Verifica del 50% delle RSA e del 50% delle strutture per disabili; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Verifica di almeno il 45% delle RSA e del 40% delle strutture per disabili; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Verifica di almeno il 30% delle RSA e del 30% delle strutture per disabili; -Obiettivo non raggiunto (<60%):Verifica di meno del 25% delle RSA e di meno del 25% delle strutture per disabili.	50	80	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. PER L'INTEGRAZION E TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. n. 108702 del 24/08/2023 il Direttore per l'integrazione territoriale riferisce che dalla documentazione agli atti risulta che per quanto riguarda le verifiche sulle strutture per anziani - RSA il target annuale fissato per l'obiettivo, risulta già raggiunto nei primi sette mesi, pur essendo previste ulteriori controlli nel secondo semestre, mentre per le strutture per disabili il tempo a disposizione ed il trend attuale depongono per il pieno raggiungimento del target fissato entro fine anno. VERIFICA ANNUALE: con mail del 26/02/2024 il Direttore del Dipartimento per l'integrazione territoriale riferisce che dalla documentazione agli atti risulta che per quanto riguarda le verifiche sulle strutture per anziani - RSA il target annuale fissato per l'obiettivo, già raggiunto nei primi sette mesi, è stato abbondantemente superato con gli ulteriori controlli effettuati nel secondo semestre, con una copertura superiore al 60%. Con riferimento alle strutture per disabili con i controlli effettuati nel secondo semestre è stato raggiunto il target fissato con una copertura superiore al 50%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: SALME' GIULIO

Struttura: S.C. RADIOLOGIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>					<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>					<div><div>Legenda dei Pesì:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>					
<div>Pagina 227 di 257</div>															
Scheda "Risorse attività"		A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.		TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.		<div><div>50</div><div>80</div></div>		<div><div>100,00</div><div>100,00</div></div>		RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE		VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (98,8%). Si segnala aumento spesa "FARMACI". VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Il dott. Siciliano comunica, con nota agli atti del Controllo di Gestione, che dall'analisi del dettaglio dei costi, effettuata congiuntamente alla SC Farmacia Ospedaliera, è emerso che: -nel mese di gennaio del 2023 è stato effettuato un ricovero durante il quale per difficoltà nella nutrizione per os è stata avviata una nutrizione parenterale di supporto con somministrazione di sacche a infusione continua dopo confronto con la specialista foniatra e nutrizionista. Questo approccio terapeutico ha indotto nel mese un incremento della spesa per la categoria specifica -nel mese di ottobre 2023 in seguito a riscontro emoculturale di un germe multiresistente e previa indicazione del consulente infettivologo si è provveduto alla somministrazione di un antibiotico costituito da un'associazione ceftazidima-avibactam (Zavicefta). Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.		L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 228 di 257

Direttore:

SALVATICO MAURIZIO

Struttura:

S.S. RISK MANAGEMENT

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	70	100	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE - PLP - a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2022 e programmazione 2023; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione PRP 2023;	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno dell'80% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 70% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Attuazione almeno del 60% delle azioni programmate per il 2023 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PRP 2023; -Obiettivo non raggiunto (<60%):a) Mancato rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di programmazione 2023 e rendicontazione 2022; b) Mancata attuazione delle azioni programmate per il 2022 nell'area di competenza della struttura	70	100	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. n. 107759 del 22/08/2023 il Direttore del Dipartimento di Prevenzione riferisce che: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466) b) La Struttura sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2023, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno . VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22670 del 15/02/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione riferisce: a) La Struttura ha contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2022 (inviato in Regione in data 28.02.2023 con prot n 27456) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2023 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2023 con prot. n 70466); b) La Struttura ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2024, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore: **SICILIANO GIOVANNI**

Struttura: **S.C. LUNGODEGENZA FOSSANO**

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): [(OLD DA LUGLIO) (OLD DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato.)) Entro OTTOBRE: Formazione agli operatori delle Strutture individuate per la sperimentazione per l'utilizzo del nuovo software per la prenotazione dei pasti somministrati ai degenti ed attivazione del servizio in tali strutture a decorrere dal MESE DI NOVEMBRE. - Obiettivo non raggiunto (<60%): (OLD Mancata prenotazione pasti) Mancata prenotazione informatica dei pasti nelle strutture individuate dal MESE DI NOVEMBRE.	35	50	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già' stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore della S.C. Logistica e DAPO, preso atto che sono stati modificati gli standard di raggiungimento dell'obiettivo come da nota prot 139685 del 27/10/23, comunica che i corsi di formazione al personale coinvolto sono stati effettuati nelle giornate del 27 e 30 Ottobre 2023. Successivamente, come risulta dalla comunicazione prot. 143036 del 06/11/23 allegata alla nota prot. 24667 del 20/02/2024, la sperimentazione è stata avviata sulle sedi ospedaliere di Ceva e Fossano dal giorno 06/11/23. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
<div>Pagina 231 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	35	50	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (98,8%). Si segnala aumento spesa "FARMACI". VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Il dott. Siciliano comunica, con nota agli atti del Controllo di Gestione, che dall'analisi del dettaglio dei costi, effettuata congiuntamente alla SC Farmacia Ospedaliera, è emerso che: -nel mese di gennaio del 2023 è stato effettuato un ricovero durante il quale per difficoltà nella nutrizione per os è stata avviata una nutrizione parenterale di supporto con somministrazione di sacche a infusione continua dopo confronto con la specialista foniatra e nutrizionista. Questo approccio terapeutico ha indotto nel mese un incremento della spesa per la categoria specifica -nel mese di ottobre 2023 in seguito a riscontro emoculturale di un germe multiresistente e previa indicazione del consulente infettivologo si è provveduto alla somministrazione di un antibiotico costituito da un'associazione ceftazidima-avibactam (Zavicefta). Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 232 di 257

Direttore:

SICILIANO GIOVANNI temp

Struttura:

S.S.D. MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata):

Media 1: 99,90 %

Media 2: 99,90 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Implementazione di un servizio di contatto telefonico tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali	Implementazione di un servizio di contatto telefonico specialistico che consenta ai MMG/PLS di prenotare chiamate di confronto con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, su temi generici relativi a problematiche, consigli e chiarimenti legati alla specialità clinica di competenza del medico. Individuazione delle discipline per le quali potrebbe essere utile implementare il servizio Attivazione di un canale comunicativo diretto (su prenotazione) tra i MMG/PLS e i medici specialisti ospedalieri.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/05/2023. Avvio attività entro il 30 giugno 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 30/06/2023. Avvio attività entro il 31 luglio 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/07/2023. Avvio attività entro il 31 agosto 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato avvio attività.	10	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che le fasi di processo per il raggiungimento dell'obiettivo hanno previsto inizialmente l'istituzione di un gruppo di lavoro. Tale gruppo ha sviluppato l'organizzazione dell'attività e definito i protocolli per l'espletamento delle stesse elaborando un cronoprogramma delle azioni. Le tempistiche definite a target sono state rispettate. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100 %. VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div> <div>Pagina 234 di 257</div>																			
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale				La predisposizione della relazione di competenza fa riferimento alla DGR 12-3294 "Art. 2, comma 2, D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale CN1. Nomina Direttore Generale"; in ASL CN1 sono stati individuati dalla Direzione Generale i relazionanti al fine di collaborare, per quanto di propria competenza, sugli obiettivi di mandato per la stesura della relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale (mail del 08/07/2021). La relazione andrà predisposta secondo le indicazioni della S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance che coordina la raccolta.				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Trasmissione dei dati entro il 30/04/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Trasmissione dei dati dopo un sollecito, ma entro i termini -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Trasmissione dei dati dopo più solleciti, ma entro i termini -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata trasmissione dei dati</div></div></div>				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>510100,00100,00</div></div></div>				RESPONSABILE SS CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI				VERIFICA INFRANNUALE: Tutte le Strutture coinvolte hanno ottemperato a quanto richiesto con mail del 14/04/2023 trasmettendo i dati entro i termini indicati. La relazione sull'andamento dei primi 24 mesi dell'operato del Direttore Generale è stata approvata dal Collegio dei Sindaci nella seduta del 07/06/2023; successivamente è stata trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. 80359 del 22/06/2023. L'obiettivo si può pertanto ritenere pienamente raggiunto.				L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Reumatologia, gastroenterologia, dermatologia - Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati				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 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."				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>- 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 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%.</div></div></div>				<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>101099,0099,00</div></div></div>				DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA				VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente: sub 1 a) raggiunto 100% - b) raggiunto 100%; sub 2 a) raggiunto 98% - b) raggiunto 98%. I clinici si sono dimostrati molto collaborativi durante l'audit dove è stata valutata anche la spesa farmaceutica indotta.				L'OIV PRENDE PRESO ATTO DEL GIUDIZIO E DELLE INTEGRAZIONI PERVENUTE DAL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99%			
												</															

<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div><div><div>Verifica Finale Budget 2023</div><div>Obiettivi per Struttura</div></div></div>									
<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 235 di 257</div>									
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=98 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 98 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	15	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (98,8%). Si segnala aumento spesa "FARMACI". VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Va considerato tuttavia, come indicato in nota sulla scheda stessa, che in fase di assegnazione del budget era stato previsto un possibile incremento sul costo dei farmaci, in particolare Reumatologici e Cardiologici, per effetto delle disposizioni AIFA in merito alla prescrivibilità di alcuni farmaci e che quindi si sarebbero dovuti effettuare approfondimenti in merito all'appropriatezza. Il dott. Siciliano comunica, con nota agli atti del Controllo di Gestione, che dall'inizio dell'anno 2023 sono stati incaricati nuovi specialisti ambulatoriali tra cui un cardiologo dal mese di febbraio e una reumatologa dal mese di maggio. Le due branche ricomprendono nell'armamentario terapeutico numerosi farmaci alto spendenti che hanno inevitabilmente provocato un incremento della spesa. Segnala soprattutto l'impatto a livello prescrittivo della disciplina di reumatologia. E' stata verificata dal responsabile in più occasioni l'appropriatezza prescrittiva di concerto con la SC Farmacia ospedaliera con esiti positivi (i verbali sono agli atti della struttura SSD Medicina Specialistica Ambulatoriale). A tale segnalazione va aggiunto inoltre che l'incremento del numero di pazienti presi in carico tra il primo ed il secondo semestre 2023 a cui sono state effettuate prescrizioni di biotecnologici ATC L04A per patologie reumatiche/dermatologiche è superiore al 100% (l'analisi dettagliata effettuata con il servizio farmaceutico è agli atti della struttura SSD Medicina Specialistica Ambulatoriale). Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Trattamento della psoriasi a placche - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici	Partecipazione ad audit a cadenza semestrale per discussione casi clinici e valutazione attinenza delle prescrizioni alle Linee Guida prodotte dal Gruppo di lavoro regionale.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Due audit entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Un audit entro 30/06/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Un audit entro 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun audit entro 31/12/2023	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera riferisce la partecipazione al 100% degli audit con relativa valutazione dei dati di spesa e valutazioni circa l'utilizzo di farmaci con miglior rapporto costo/efficacia. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera riferisce che entrambi gli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste dall'obiettivo. Nell'ambito dei due incontri si è rilevata la propositiva partecipazione dei clinici; il costruttivo dibattito ha rilevato prescrizioni quasi sempre allineate alle indicazioni del gruppo di lavoro regionale. E' stato discusso il report di spesa semestrale ed è stato fornito ai prescrittori un prospetto riportante il costo terapia induzione/mantenimento per i vari farmaci.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 236 di 257

Direttore:

SILIMBRI LUIGI (fino al 30/06/2023)

Struttura:

S.C. EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 (SOVRAZIONALE)

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	30	50	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 237 di 257</div>	
Notificazione eventi di Maxiemergenza	Notificazione degli eventi di Maxiemergenza al Direttore della SC Maxiemergenza secondo le procedure regionali	<div>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): comunicazione al Direttore della SC Maxiemergenza del 100% degli eventi Maxiemergenza e trasmissione relative schede entro 7 gg.</div> <div>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):comunicazione al Direttore della SC Maxiemergenza almeno del 95% degli eventi Maxiemergenza e trasmissione relative schede entro 7 gg.</div> <div>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):comunicazione al Direttore della SC Maxiemergenza almeno del 60% degli eventi Maxiemergenza e trasmissione relative schede entro 7 gg.</div> <div>-Obiettivo non raggiunto (<60%):comunicazione al Direttore della SC Maxiemergenza inferiore al 60% degli eventi Maxiemergenza e trasmissione relative schede entro 7 gg.</div>	<div>40</div> <div>50</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	<div>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 27/07/2023 il Diettore S.C. Emergenza Sanitria territoriale 118 ha comunicato che durante il periodo preso in esame si è verificato un solo intervento degno di notifica al Direttore della SC Maxiemergenza. Si è trattato della valanga avvenuta in località Viso di Vallanta (versante Nord del Monviso) che ha generato una scheda etichettata come scheda maxi con n. 03AC0588. La gestione dell'evento ha comportato l'invio dell'elisoccorso regionale che ha comunicato il coinvolgimento di quattro escursionisti (due codici verdi, un codice giallo ed un codice bianco) trasportati successivamente presso il Presidio Ospedaliero di Savigliano.Il Direttore della SC Maxiemergenza è stato contattato telefonicamente e messo a conoscenza dell'evento e, successivamente, dell'evoluzione dello stesso. In seguito con nota 0054671 del 27 aprile 2023 avente come oggetto "trasmissione schede missione evento valanga del 24 aprile 2023" sono state trasmesse al Direttore della SC Maxiemergenza le schede dell'evento in oggetto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che viene confermata la relazione infrannuale.</div>	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

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	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo risulta al momento raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

A.S.L. CN1

Verifica Finale Budget 2023

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 239 di 257

Direttore:

TELESCA MARIA ROSARIA

Struttura:

S.C. DIREZIONE SANITARIA 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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	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 GisMaster - Acquisiti - Protocollati - Fascicolati - Trasmessi Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto. I documenti in arrivo devono essere: - Acquisiti - Classificati - Eventualmente trasmessi se di competenza anche di altre Strutture dell'Asl Cn1 Tutti i documenti devono essere associati al Titolare di classificazione (Titolo, Classe e Sottoclasse) e al Massimario di scarto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2023.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	VERIFICA INFRANNUALE: Con prot. 102311 del 09/08/2023 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che l'obiettivo si articolava in due parti: la prima riguardava l'elaborazione dei documenti in formato digitale, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; la seconda parte riguardava la fase iniziale per l'associazione dei documenti informatici al massimario di scarto fase iniziata da fine marzo ed ancora in itinere. Al 30/06/2023 il Servizio è ampiamente in linea con il raggiungimento dell'obiettivo. VERIFICA ANNUALE: in data 06/02/2024 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni comunica che la verifica di fine anno, che tiene conto della duplice articolazione dell'obiettivo, ha determinato, sulla scorta delle elaborazioni effettuate e conservate agli atti dello scrivente Servizio, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo del 100%.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 240 di 257</div>	
Gestione dei codici bianchi		Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro maggio : Presenza della procedura e delle istruzioni operative (evidenza documentale su format Qualità) e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della procedura e delle istruzioni operative e mancata attivazione ambulatorio entro la data richiesta.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	
Implementazione di un servizio di contatto telefonico tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali		Implementazione di un servizio di contatto telefonico specialistico che consenta ai MMG/PLS di prenotare chiamate di confronto con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, su temi generici relativi a problematiche, consigli e chiarimenti legati alla specialità clinica di competenza del medico. Individuazione delle discipline per le quali potrebbe essere utile implementare il servizio Attivazione di un canale comunicativo diretto (su prenotazione) tra i MMG/PLS e i medici specialisti ospedalieri.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/05/2023. Avvio attività entro il 30 giugno 2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 30/06/2023. Avvio attività entro il 31 luglio 2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Organizzazione attività e definizione dei protocolli e delle tempistiche entro il 31/07/2023. Avvio attività entro il 31 agosto 2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato avvio attività.	10	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SSD MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIAL E	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 23/08/2023 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale comunica che le fasi di processo per il raggiungimento dell'obiettivo hanno previsto inizialmente l'istituzione di un gruppo di lavoro. Tale gruppo ha sviluppato l'organizzazione dell'attività e definito i protocolli per l'espletamento delle stesse elaborando un cronoprogramma delle azioni. Le tempistiche definite a target sono state rispettate. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100 %. VERIFICA ANNUALE: con mail del 23/02/2024 il Direttore della S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 100%, in occasione del comitato aziendale pediatri di libera scelta tenutosi il 21/02/2024 si è provveduto a monitorare l'andamento del progetto con intento di delegare il gruppo di lavoro ad elaborare ulteriori proposte tese a ottimizzare le attività di prevenzione in ambito di odontoiatria pediatrica.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%	

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>										<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>										<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div></div>									
										Pagina 241 di 257																			
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Formazione ed informazione ai MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri in termini di appropriatezza prescrittiva in ordine alle prescrizioni diagnostiche nonché con riguardo a prestazioni ambulatoriali.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro ottobre: realizzazione di almeno 2 incontri specifici sul tema nell'ambito delle riunioni di equipe con gli specialisti -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata realizzazione degli incontri e mancanza delle evidenze documentali	10	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. Le relazioni saranno successivamente analizzate con il supporto del Direttore Sanitario e saranno quindi scelti gli interventi su cui organizzare la formazione. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100% per la partecipazione agli incontri di programmazione e definizione delle strategie di azione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%																				
Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione	Attualmente la stampa della modulistica utilizzata nei reparti e servizi è affidata a Tipografie esterne. Si rende necessaria una razionalizzazione al fine di ridurre le tipologie di stampati che dovrebbero essere il più possibile omogenee a livello di presidi/reparti dell'ASL CN1. Durante la revisione sarebbe inoltre opportuno valutare l'eventuale sostituzione dei prestampati con moduli on line. Tale attività sarà propedeutica all'attivazione della cartella clinica informatizzata. La razionalizzazione comporterà anche una riduzione della giacenza presso il magazzino economale sia per quanto riguarda le tipologie che i quantitativi.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione tra il 41% e il 50% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Revisione tra il 26% e il 40% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Revisione tra il 15% e il 25% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino -Obiettivo non raggiunto (<60%):Revisione inferiore al 15% della modulistica attualmente in giacenza a magazzino	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 12/05/2023 si è tenuto un incontro in modalità Cisco Webex con tutte le Strutture assegnatarie dell'obiettivo e sono stati esaminati i moduli in giacenza (forniti dalla S.S. Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri) al fine di valutare quelli: da eliminare (perché non più utilizzati), da revisionare e da mantenere. Le Direzioni Sanitarie di PP.OO. entro il mese di Giugno hanno verificato con le Strutture i moduli per i quali era necessario avere delucidazioni in merito all'utilizzo. In data 08/08/2023 incontro Funzione Qualità, Direzioni Sanitarie di PP.OO. e SS Servizi Generali dei Presidi Ospedalieri per confronto e avvio conseguente revisione.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%																				
Pool amministrativi di Dipartimento	Collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile e con il Dipartimento Medico Riabilitativo nell'attuazione del progetto per la creazione di un pool di amministrativi Ospedali Area Nord.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Collaborazione con i Dipartimenti nella totale attuazione del progetto -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata collaborazione con i Dipartimenti nell'attuazione del progetto.	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 103800 del 23/08/2023 il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che in data 10.08.2023 con nota Prot 102737 comunicava l'attivazione del Pool Amministrativi Area Nord trasmettendo l'elenco personale assegnato e attività svolte. Il giudizio è ampiamente positivo	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%																				
								VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024, il Direttore S.C. Logistica e DAPO riferisce che, come comunicato con nota del 16/05/23 Prot. n. 63007 le strutture coinvolte hanno dato attuazione al progetto bypassando la presentazione del piano operativo. Con nota del 10/08/23 prot 102737 si è relazionato in merito al primo report delle attività svolte dal pool. Con nota del 24/10/23 prot 138147 si è provveduto ad inviare ulteriore report attestante le attività svolte dal pool. Obiettivo raggiunto nei termini.																					

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div> <div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>									
<div><div>Legenda dei Pes:</div><div>Peso 1: Direttore (P1)</div><div>Peso 2: Struttura (P2)</div></div>									
<div>Pagina 242 di 257</div>									
Rispetto dei tempi delle pratiche del Servizio Legale	Rispondere alle richieste del Servizio Legale entro 30 gg o 5 gg lavorativi in caso di urgenza o comunque secondo specifiche del Servizio Legale.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto dei termini fissati -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancato rispetto dei termini fissati.	10	10	100,00	100,00	DIRETTORE SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDA LE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 22/08/2023 il Direttore della S.C. Servizio Legale riferisce che le tempistiche e i termini risultano rispettati.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
								VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2024 il Direttore della S.C.I. Servizio Legale conferma che le tempistiche e i termini risultano rispettati.	
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	10	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è parzialmente raggiunto (87%). Si segnala un aumento della spesa "ALTRI COSTI" su Dispositivi Medici - Presidi chirurgici e "FARMACI" probabilmente legato all'incremento di attività delle sale operatorie. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 la Responsabile della S.S.D. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	5	10	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito La struttura ha provveduto a caricare i contenuti delle pagine di propria competenza e sta procedendo al caricamento dei contenuti delle pagine relative alle strutture complesse ospedaliere dei presidi di Savigliano, Saluzzo e Fossano. Il lavoro procede regolarmente e si concluderà entro la fine di dicembre. VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti nel nuovo sito.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

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

19/04/2024

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>			
						Pagina 244 di 257			
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	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 11/08/2023 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che con riferimento all'obiettivo a) sono presenti "tensioni di budget", in proiezione annua, legate anche al sottofinanziamento nazionale (e quindi regionale) della Sanità. In un quadro di importante incremento inflattivo, l'adeguamento del FSR permette l'acquisto di minori quantità di beni e servizi, in un contesto di richiesta di ripristino dei valori di attività al 2019. La DGR 9-7070 e la nota regionale del 7 agosto 2023 richiedono azioni ulteriori e la revisione in riduzione delle dotazioni sin qui assegnate. La struttura dovrà pertanto partecipare attivamente, anche attraverso un ulteriore contributo, alla riduzione del disavanzo della ASL. I target b) e c) sono al momento raggiunti, con buon seguito alle indicazioni fornite e partecipazione agli incontri ed alle riunioni di confronto sulle spese.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Sito internet aziendale - Revisione	Collaborazione tra la S.S. Relazioni con il pubblico, comunicazione e ufficio stampa e la S.C. Innovazione e sicurezza informatica e ciclo della performance nella gestione delle informazioni contenute nelle diverse sezioni del sito internet aziendale. Individuazione di personale dedicato, presa in carico delle pagine di competenza, inserimento dei contenuti concordati con le strutture proponenti e relativo tempestivo aggiornamento.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Inserimento del 100% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Inserimento > 70% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Inserimento > 50% dei contenuti previsti sul sito web entro il 31/12/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Inserimento dei contenuti previsti sul sito web al di sotto del 50% entro il 31/12/2023.	20	30	100,00	100,00	RESPONSABILE SS RELAZIONI CON IL PUBBLICO, COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 24/08/2023 il Responsabile della SS Relazioni con il pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa riferisce che è stato individuato ed adeguatamente formato il personale addetto al caricamento sul nuovo sito. La sezione strutturale del dipartimento è già attualmente on line sul nuovo sito.E' stato inoltre effettuato un complesso lavoro di verifica dei contenuti e caricato sul nuovo sito l'albero delle pagine relative alla sezione prevenzione. E' in atto il caricamento dei nuovi contenuti che procede regolarmente e si concluderà entro la fine di dicembre.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
VERIFICA ANNUALE: Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio stampa riferisce che i contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti in modo completo ed approfondito sul nuovo sito.									

Direttore: **TORTORE ANDREA**


Struttura: **S.C. MEDICINA D'URGENZA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 99,40 % Media 2: 99,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Firma Digitale	Apposizione firma digitale sui verbali di PS e sulle lettere di dimissione dei pazienti ricoverati in OBI	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):firma digitale sul 100% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):firma digitale sul 95% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):firma digitale almeno sul 60% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):firma digitale inferiore al 60% dei verbali di PS e delle lettere di dimissioni	15	25	96,00	96,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 01/08/2023 il Direttore della S.C. Medicina d'Urgenza Mondovi ha comunicato che tutto il personale medico strutturato è stato informato sull'obiettivo aziendale in sede di SVI. E' stata fatta pressante sensibilizzazione sui medici della Cooperativa spiegando ad ognuno singolarmente l'obbligo di firma digitale con le credenziali fornite dall'azienda: inviata anche richiesta al referente della Cooperativa di informare i medici che iniziano la collaborazione, visto il turnover elevato". Il Direttore DEU riferisce che dai dati inviati dal CED si evince, per il periodo gennaio - luglio 2023 per il DEA DI MONDOVI' una percentuale del 88% dei verbali di PS firmati digitalmente e del 100% delle lettere di dimissione dei pazienti ricoverati in OBI; per il PS di CEVA (turni espletati quasi totalmente da personale esterno della coop. Novamedica) una percentuale del 47% dei verbali di PS firmati digitalmente. VERIFICA ANNUALE:con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il DEA DI MONDOVI ha registrato, nel periodo agosto-dicembre, una percentuale del 82,2% dei verbali di PS firmati digitalmente e dell' 90,4% delle lettere di dimissione dei pazienti ricoverati in Medicina d'Urgenza. L'obiettivo risulat apertanto PARZIALMENTE RAGGIUNTO	SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI ALL'82,2%), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 96%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>				<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>	
								Pagina 246 di 257	
Gestione dei codici bianchi	Gestione dei codici bianchi: 1)Implementazione di percorsi differenziati per gli utenti classificati all'ingresso come codici bianchi e verdi al fine di convogliare le cure di specialisti su pazienti con grado di gravità maggiore, ridurre il tempo di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e favorire la riduzione del sovraffollamento 2)Attribuzione del codice bianco in uscita a tutti gli accessi che non sono riconosciuti come "urgenti" dai medici del Pronto Soccorso 3)Implementazione ore medici convenzionati in ragione del fabbisogno.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Entro maggio : Presenza della procedura e delle istruzioni operative (evidenza documentale su format Qualità) e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata presenza della procedura e delle istruzioni operative e mancata attivazione ambulatorio entro la data richiesta.	<div>20</div> <div>25</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	DIRETTORE DIREZIONI SANITARIE SAVIGLIANO - MONDOVI'	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 01/08/2023 i Direttori della S.C. Direzione Sanitaria Savigliano e della S.C. Direzione Sanitaria Mondovì comunicano che in collaborazione con DEU, Dir. San. Mondovì, GRU, S.S. Formazione è stata elaborata la procedura "PSDSP021 GESTIONE CODICI A BASSA INTENSITA' NEI DEA ASL CN1". L'ambulatorio dei codici a bassa intensità gestisce i pazienti privi di urgenza clinica e le problematiche che non necessitano di immediata risposta ospedaliera e che, di norma, non necessitano di indagine diagnostiche, specialistiche o di interventi terapeutici complessi real time. È stato elaborato un allegato alla procedura, contenente un elenco esemplificativo ma non esaustivo delle patologie che sono potenzialmente valutabili nell'ambulatorio. Per quanto concerne gli orari è previsto un impegno diurno dal lunedì alla domenica, dalle 09:00 alle 19:00 presso la Medicina d'Urgenza di Savigliano e dalle 10:00 alle 18:00 presso la Medicina d'Urgenza di Mondovì. L'ambulatorio dei codici a bassa intensità è gestito da medici di MMG e del servizio di Continuità Assistenziale. La procedura è stata emessa nel maggio 2023. Nella riunione dell'08/06/2023 si è ribadito il concetto della firma digitale per i verbali di PS, oltre alla necessità di dimettere con codice bianco, ove sussistente. VERIFICA ANNUALE: I Direttori delle SS.CC. Direzioni Sanitarie Presidi Ospedalieri di Savigliano e Mondovì confermano la relazione infrannuale già trasmessa.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell’andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell’anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<div>20</div> <div>25</div> <div>100,00</div> <div>100,00</div>	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo sostanzialmente raggiunto (84,75%). Si segnala che la percentuale di codici bianchi è al di sotto dello standard e in riduzione anche rispetto al 2022. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. Per quanto riguarda la % di codici bianchi il direttore sanitario, in considerazione dell'ancor elevato ricorso, nel 2023, a medici gettonisti delle Cooperative sottolinea che gli stessi si sono dimostrati meno flessibili rispetto ai ripetuti richiami del direttore, in assenza, per la maggior parte dei casi, di criteri oggettivi definiti in merito alla loro codifica. Per quanto riguarda invece l'incremento dei costi relativi ai farmaci rispetto al target assegnato valgono le seguenti considerazioni: 1) nel corso del 2023 sono stati aperti 4 Posti Letto di Medicina d'Urgenza. I ricoveri 2023 in questo reparto sono stati 445 (di cui 148 dimissioni) per un totale di 1808 giornate di degenza che hanno determinato un inevitabile incremento di costo 2) aumento di casistica in trattamenti ad alto costo di seguito riepilogati Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%			

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		<div>Pagina 247 di 257</div>	
Stesura protocolli su stemi, urosepsi e gestione paziente psichiatrico in DEA	Stesura/revisione protocolli interni su stemi, urosepsi e gestione paziente psichiatrico in DEA.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura/revisione dei tre protocolli entro il 31/10/2023 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):stesura/ revisione dei tre protocolli entro il 15/11/2023 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):stesura/revisione dei tre protocolli entro il 30/11/2023 -Obiettivo non raggiunto (<60%):mancata stesura/revisione dei tre protocolli al 31/12/2023.	15	25	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108772 del 24/08/2023 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mail del 01/08/2023 il Direttore della S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì ha comunicato che è stato istituito il gruppo di lavoro che sta visionando le procedure in essere e la bibliografia disponibile per la revisione e la stesura delle procedure indicate. VERIFICA ANNUALE: con nota Prot. 24771del 20/02/2024 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che il Direttore della SC Medicina d'urgenza di Mondovì, Dott. Tortore, con mail del 10/02/2024 conferma che i protocolli in questione sono stati completati, redatti su apposito format ed inviati al Dipartimento in data 27/10/2023. La raccolta firme per la successiva pubblicazione dal parte dell'Ufficio Qualità del protocollo sulla gestione del paziente psichiatrico in DEA risulta essere in corso (si attende, per la sua pubblicazione, la correlata procedura OBI Monospecialistici) . Mentre il protocollo sulla gestione dell'urosepsi e dello STEMI resteranno procedure interne ad uso della due SC Medicina d'Urgenza Savigliano e Mondovì in attesa di essere inserite in nuove procedure in corso di revisione sul Dolore Toracico e sulla Colica renale.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesi:</div> <div>Peso 1: Direttore (P1)</div> <div>Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 250 di 257	
Trattamento della sclerosi multipla - Appropriatelyzza prescrittiva farmaci utilizzati	sub 1) Report a cadenza semestrale con la Farmacia di condivisione dei casi clinici affrontati. sub 2) Segnalazione alla Farmacia dei pazienti intolleranti/mancata risposta per cui si sia reso necessario shift a un farmaco DMD a costo maggiore.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): sub 1) Due report entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 sub 2) 100% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):sub 1) Un report entro 30/06/2023 sub 2) > o uguale 98% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):sub 1) Un report entro 31/12/2023 sub 2) >95% pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera -Obiettivo non raggiunto (<60%):sub 1) Nessun report entro 31/12/2023 sub 2) <95%pazienti intolleranti/non responder a un farmaco DMD a cui è stata prescritta terapia con DMD a costo maggiore per i quali risulta inserita segnalazione con trasmissione scheda alla Farmacia Ospedaliera	1020	100,00100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica il raggiungimento dei sub-obiettivi nella percentuale seguente: sub 1) raggiunto 100%; sub 2) raggiunto 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della Farmacia Ospedaliera conferma la condivisione del report semestrale e che non sono pervenute segnalazioni alla Farmacia di shift a DMD a costo maggiore.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%		

Direttore: VENTURINO MANLIO (Direttore Sostituto)

Struttura: S.C. RADIOLOGIA MONDOVI'

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNNR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Analisi delle richieste, in particolare alle classi B, individuazione criticità e inappropriately, condivisione con MMG/PLS, reparti e ambulatori delle appropriate modalità prescrittive.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni -Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata evidenza documentale delle analisi e delle condivisioni.	20	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31.08.2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che con nota prot. 0101714 del 08.08.2023 il Direttore Sanitario ha chiesto alle strutture coinvolte di presentare entro il giorno 11.09.2023 una relazione contenente le criticità osservate e le possibili soluzioni proposte finalizzate a fornire ai prescrittori le giuste informazioni in ottica di un utilizzo più appropriato dell'offerta pubblica. L'obiettivo risulta al momento raggiunto al 100%. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 29/02/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che in ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie. Con prot. n. 0143159 del 06/11/2023 il dott. Ghigo ha trasmesso tutti i verbali delle riunioni effettuate in ogni distretto. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto per tutti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div>		<div>Verifica Finale Budget 2023</div> <div>Obiettivi per Struttura</div>				<div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div>		Pagina 252 di 257	
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	50	80	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

VIVALDO ADALBERTO

Struttura:

S.S.D. CONTINUITA' A VALENZA SANITARIA

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 per la 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 2023, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

VIVALDO ADALBERTO (Direttore sostituto)

Struttura:

S.C. MEDICINA INTERNA CEVA

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Percorsi clinico assistenziali	Definizione di percorsi fra le Medicine Interne in ottica di complessità clinica e non assistenziale. Interazione con DEA ai fini dell'inquadramento precoce del setting del paziente.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Definizione di almeno 2 percorsi entro il 30/06/2023. Attuazione dei 2 percorsi entro il 31/12/2023. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 30/06/2023. Attuazione del percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Definizione di almeno 1 percorso entro il 31/12/2023. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun percorso definito.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Mail del 10/08/2023 il Direttore Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo relaziona quanto segue: Allo stato attuale sono stati identificati i percorsi con il DEA di competenza e sono stati definiti inoltre dei percorsi tra le Medicine onde categorizzare i pazienti ed avviarli alle degenze sulla base delle diverse caratteristiche. Di seguito i verbali: Verbale del 27/6/23 dell'incontro tra i Direttori delle SSCC Medicine per la realizzazione di incontri formativi sulle principali tematiche cliniche di comune osservazione. Verbale dell'iincontro con i Direttori dei Dipartimenti coinvolti nell'interazione dell'obiettivo (Medicina Generale e Riabilitaitivo, Specialistico, DEU, Materno Infantile). Nei mesi successivi verranno esperite le azioni per la realizzazione di quanto approvato. VERIFICA ANNUALE: In data 23/02/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo conferma quanto illustrato nelle verifica infrannuale e comunica la realizzazione dei percorsi definiti.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>A.S.L. CN1</div></div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Verifica Finale Budget 2023</div></div><div>Obiettivi per Struttura</div></div>									
<div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Legenda dei Pesì: Peso 1: Direttore (P1) Peso 2: Struttura (P2)</div></div><div>Pagina 255 di 257</div></div>									
Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa attraverso l'individuazione di una procedura di prenotazione pasti, semplificata e flessibile che, sulla base delle specifiche necessità, fabbisogni e scelte nutrizionali, garantisca la corrispondenza tra pasto prenotato e servito e consenta la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): [(OLD DA LUGLIO) (OLD DA OTTOBRE: tutti i pasti somministrati ai degenti devono essere prenotati mediante il nuovo software dedicato.)] Entro OTTOBRE: Formazione agli operatori delle Strutture individuate per la sperimentazione per l'utilizzo del nuovo software per la prenotazione dei pasti somministrati ai degenti ed attivazione del servizio in tali strutture a decorrere dal MESE DI NOVEMBRE. - Obiettivo non raggiunto (<60%): (OLD Mancata prenotazione pasti) Mancata prenotazione informatica dei pasti nelle strutture individuate dal MESE DI NOVEMBRE.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108300 del 23/08/2023 il Direttore della S.C. Logistica e Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri riferisce che con nota prot 100578 del 4.08.2023 ha comunicato: - che AMOS ha individuato la ditta fornitrice del software per la prenotazione dei pasti - che tale Ditta è già stata nominata qual sub responsabile esterno per il trattamento dei dati - che dopo il periodo estivo verrà avviato un periodo di prova presso i PO di Fossano e Ceva. VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 24667 del 20/02/2024 il Direttore della S.C. Logistica e DAPO, preso atto che sono stati modificati gli standard di raggiungimento dell'obiettivo come da nota prot 139685 del 27/10/23, comunica che i corsi di formazione al personale coinvolto sono stati effettuati nelle giornate del 27 e 30 Ottobre 2023. Successivamente, come risulta dalla comunicazione prot. 143036 del 06/11/23 allegata alla nota prot. 24667 del 20/02/2024, la sperimentazione è stata avviata sulle sedi ospedaliere di Ceva e Fossano dal giorno 06/11/23. OBIETTIVO RAGGIUNTO NEI TERMINI.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	A) Presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". B) Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	TARGET A (50% dell'obiettivo): - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 1 presentazione nel corso dell'anno. -Obiettivo parzialmente o sostanzialmente raggiunto (>=60% e < 100%)Monitoraggio dell'andamento con la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, ma senza presentazione -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun monitoraggio e nessuna presentazione. TARGET B (50% dell'obiettivo): Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	25	40	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce per il TARGET A) che al momento la presentazione dell'andamento gestionale della struttura attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività" è stata fatta, da tutte le strutture coinvolte, nell'ambito dell'incontro di Dipartimento Medico Riabilitativo del 22/06/2023. Per le altre strutture è prevista la presentazione nei prossimi incontri di dipartimento che si effettueranno dal mese di settembre in poi; TARGET B) obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che: A) la struttura interessata dall'obiettivo ha effettuato la presentazione nell'ambito di una riunione dipartimentale o direttamente con il Controllo di Gestione. B) la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' indica il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Trattamento dell'asma eosinofilo e della CRSwNP nei pazienti adulti - Appropriately prescrittivi farmaci biotecnologici utilizzati	Partecipazione ad audit a cadenza semestrale per discussione casi clinici.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Due audit entro il 30/06/2023 e il 31/12/2023 Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Un audit entro 30/06/2023 Con partecipazione di tutti gli specialisti delle Strutture coinvolte. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Un audit entro 31/12/2023 Con partecipazione di almeno uno specialista per Struttura. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Nessun audit entro 31/12/2023.	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 24/08/2023 il Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera comunica che il 100% degli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 26/02/2024 il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera riferisce che gli audit si sono svolti secondo le tempistiche definite dall'obiettivo. Le riunioni hanno visto presenti i clinici prescrittori con cui i farmacisti hanno potuto interfacciarsi per approfondire casi clinici selezionati. E' stato rilevato un aumento della spesa sostenuta per questa categoria di farmaci: gli audit sono stati l'occasione per rimarcare l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

Direttore:

ZAVATTERO CARLA

Struttura:

S.C. ANATOMIA PATOLOGICA MONDOVI'

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			
Collaborazione con la Direzione Generale per la 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 2023, 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. 22469 del 15/02/2024 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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso 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 PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%
Scheda "Risorse attività"	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	Pienamente raggiunto (100%)Indicatore scheda Risorse/Attività >=95 Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90 Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60 Non raggiunto (<60%)Indicatore scheda Risorse/Attività < 60	70	100	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 31/08/2023 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo al momento NON è raggiunto (59,3%). Si segnala un aumento della spesa "ALTRI COSTI" in particolare su "Acquisti di dispositivi medico diagnostici in vitro compresi i radiodiagnostici in vitro". Come concordato in sede di budget da rivalutare anche in relazione all'incremento di attività oncologica. VERIFICA ANNUALE: con mail del 04/03/2024 il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target. In particolare non è stato rispettato il target sul costo dei farmaci. Come inserito in nota sulla scheda risorse attività la valutazione deve tener conto di eventuali modifiche di attività nel corso dell'anno che sono avvenute in particolare in conseguenza all'incremento di attività oncologica. Come risulta dalla scheda il numero di prestazioni ambulatoriali è incrementato del 24% rispetto all'anno 2022. L'incremento del costo dei farmaci è giustificato da relazione della dott.ssa Zavattero agli atti del Controllo di Gestione. Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto.	L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%

